Minderheitenvotum

der Fraktion DIE LINKE in der Bremischen Bürgerschaft im Parlamentarischen Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“

„Wie schon zum xten Mal auf dieser Station Überbelegung!!! Schwerstkranke Kinder, OP’s, Zugänge, Entlassungen. Man arbeitet Nonstop ohne Pause!! So kann + darf es nicht weitergehen! Hilfe!“

Überlastungsanzeige aus der Kinderklinik, Station 1, 1.04.2009, Band 160 S. 20

„Die Personalplanung ist weniger von leistungsbezogenen Kennzahlen als vom Sanierungsplan der GeNo bestimmt.“

KTQ-Zertifizierungsbericht Klinikum Bremen-Mitte, 16.02.2011, Band 10 S. 294

Inhalt

I. Vorbemerkung und Zusammenfassung ……..…… 4

1. Notwendigkeit eines Minderheiten-Votums ...…..… 4
2. Vermeidbarkeit der Infektionen und Todesfälle ……..…… 5
3. Der Bremer Ausbruch im Kontext anderer Ausbrüche ……. … 11
4. Ausmaß des Keimausbruchs und der Folgen ……. … 17
5. Zusammenfassung der Feststellungen …… 20

II. Kritische Bewertung der Sachaufklärung durch den Untersuchungsausschuss … 2

III. Direkte Ursachen der Infektionen und Todesfälle …….. …… 30

1. Personelle Unterbesetzung in der Pflege ..…… 30

1.1. Bedeutung der Personalausstattung für hygienische Risiken …… 30
1.2. Nichteinhaltung der KRINKO-Richtlinie ……..… 33
1.3. Auswirkung der Unterbesetzung auf das Betreuungsverhältnis ……. … 41
1.4. Nichteinhaltung der GBA-Richtlinie zur Qualifikation …… 46
1.5. Verschlechterung der Personalsituation durch die Zentralisierung …… 49
1.6. Unterschreitung von Mindestbesetzungen ……..… ...…… 53
1.7. Überlastungsanzeigen …… 55
1.8. Nichtbeachtung von Warnhinweisen …… 63
1.9. Personalplanung für die Neonatologie ……..…… 68
1.10. Verantwortung für die Unterbesetzung in der Neonatologie …… 69

2. Hygienisch unzureichende Reinigung und Desinfektion …… 74

2.1. Bedeutung der Reinigung für hygienische Risiken …… 74
2.2. Keimsituation in der Kinderklinik und im Klinikum Mitte …… 77
2.3. Dokumentierte Kritik des Reinigungssystems …… 83
2.4. Reinigungszeiten und Reinigungshäufigkeit …… 89
2.5. Qualitätsverschlechterung durch Auslagerung …… 107
2.6. Mögliche Fehler bei der Konzentration des Desinfektionsmittels …..…… 110

3. Unzureichendes Hygienemanagement …… 114

3.1. Zutreffende Feststellungen des Mehrheitsberichts …… 114
3.2. Fehlende Dokumentation von Keimbefunden……..…… 115
3.3. Unterlassene Meldungen …….. 116
3.4. Ineffizienz des Hygienemanagements …….. 117

4. Verfehltes Ausbruchsmanagement …… 119
4.1. Sinn und Aufgaben des Ausbruchsmanagements …….. 119
4.2. Krisenstab und Umsetzungsrunde …… 120
4.3. Unterlassenes Ausbruchsmanagement August/September 2011 ……. 123
4.4. Kohortierung im Krisenfall reicht nicht ……..……. 123
4.5. Rolle des RKI ……. 124
4.6. Rolle des BZH ……. 126
4.7. Verhältnis der GeNo zu externer Beratung ……. 127
4.8. Verfrühte Wiedereröffnung der Station ……. 128

5. Diskussion …… 131

IV. Indirekte Ursachen der Infektionen und Todesfälle ……..…… 138
1. Finanzielle Unterausstattung und „Sanierungskonzept“ …… 138
1.1. Personalabbau …… 138
1.2. Fehlsteuerung durch vermeintlichen „Bundesdurchschnitt“ ……. 141
1.3. Personalbelastung ……..…… 156
1.4. Selbstfinanzierung des Krankenhaus-Neubaus …… 161
1.5. Krankenhaus-Investitionen des Landes …… 162
1.6. „Sanierung“ als Schock-Strategie …… 167

2. Unzureichende staatliche Gesundheitsaufsicht …..…… 171
2.1. Gesundheitsamt ……..... 171
2.2. Senatorische Behörde ……..... 174
2.3. Parlamentarische Kontrolle ……. ……... 179

3. Organisierte Verantwortungslosigkeit …… 181
3.1. Verunklarung durch das Zentrenkonzept …… 181
3.2. Eingliederung der Neonatologie in die Kinderklinik …… 181
3.3. Zentralisierung und Versorgungsauftrag …….. 182
3.4. Ausgliederung der Reinigung …….. 182
3.5. Eingliederung des LUA als Hygieneinstitut des KBM …… 183
3.6. Rolle privater Beratungsfirmen ……..…… 184
3.7. Double-Bind ……..……..…… 185

4. Autistische Unternehmenskultur …….. ……... 186
4.1. Ausblendung und Resignation …… 186
4.2. Fehlinformation der Öffentlichkeit ……..… 188
4.3. Patriarchale Unternehmenskultur ……..……. … 190

5. Diskussion ……..…… 193

V. Konsequenzen und Empfehlungen …….. 197

VI. Schlussbemerkung …… 206

Vorbemerkung und Zusammenfassung

1. Notwendigkeit eines Minderheiten-Votums

Durch den Keimausbruch und die Todesfälle in der Frühgeborenen-Abteilung des Klinikum Bremen-Mitte (KBM) ist wieder ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gelangt, wozu die kommunalen Kliniken des Landes eigentlich da sind: zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, allen offenstehenden Gesundheitsfürsorge der Bevölkerung. Betriebsstrukturen und finanzielle Ausstattung sind Mittel, um dieses Ziel zu erreichen, kein Selbstzweck. Es ist schrecklich, dass es drei im Sommer 2011 verstorbener Babies bedurfte, um diese Selbstverständlichkeit wieder in den Mittelpunkt der politischen Befassung mit den Kliniken zu rücken. Es ist zu hoffen, dass Sachzwänge, Haushaltsnotlage und die vielfältigen Eigendynamiken der öffentlichen Verwaltung und der Aufmerksamkeitsökonomie diese Orientierung auf die Hauptsache: das Leben und die Gesundheit der Menschen, nicht wieder in den Hintergrund treten lassen.

Frühgeborene sind Hochrisiko-Patienten. Das gilt besonders, wenn sie in einer frühen Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm geboren werden. Viele davon sterben trotz aller medizinischen Bemühungen. Gerade deshalb haben Frühgeborene und ihre Eltern einen Anspruch darauf, dass das medizinisch als notwendig Erkannte und technisch Leistbare getan wird und dass insbesondere Gefahren, die vom Aufenthalt im Krankenhaus selbst ausgehen, konsequent bekämpft werden. Das ist auf der Frühgeborenen-Station des KBM nicht der Fall gewesen. Die unmittelbar Beteiligten wussten das und die Entscheider hätten es wissen können, wenn sie sich dafür interessiert hätten. Dass trotz dokumentierter Mängel und Warnhinweise diese Gefahren nicht verringert wurden, sondern immer weiter zunahmen, hat seine Ursachen im Bestreben von GeNo-Leitung und Senat, den Klinikverbund möglichst profitabel zu machen. Erhöhte Risiken für Patienten sind dafür in Kauf genommen worden.

Zur Aufklärung der Infektionen und Todesfälle setzte die Bremische Bürgerschaft am 1. Dezember 2012 einen Parlamentarischen Untersuchungsausschuss (PUA) ein. Der Ausschuss hatte einen klaren Auftrag. Er sollte untersuchen,

- ob und inwieweit die Nichtbeachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, strukturelle, personelle und/oder organisatorische Mängel sowie die Nichtbeachtung von Meldevorschriften für die Infektionen und Todesfälle **ursächlich** waren,
- ob die Infektionen und Todesfälle von Frühgeborenen im Klinikum Mitte **vermeidbar** gewesen wären.[1]

Der von der Ausschussmehrheit vorgelegte Bericht weicht diesen Fragen jedoch aus und beantwortet die Fragen, zu deren Aufklärung der Ausschuss eingesetzt wurde, nicht mit der notwendigen Klarheit. Wesentliche Ergebnisse der Beweisaufnahme werden ausgelassen. In einigen zentralen Fragen kommt die Vertreterin der LINKEN zu Feststellungen und Schlussfolgerungen, die im Mehrheitsbericht unbenannt oder vollständig vage bleiben. Die Vertreterin der LINKEN sieht sich daher gezwungen, ein Minderheitenvotum vorzulegen.

[1] Einsetzungsbeschluss, Bremische Bürgerschaft Drs. 18/132

2. Vermeidbarkeit der Infektionen und Todesfälle

Auf die beiden Hauptfragen des Einsetzungsbeschlusses kann die Antwort nur lauten:

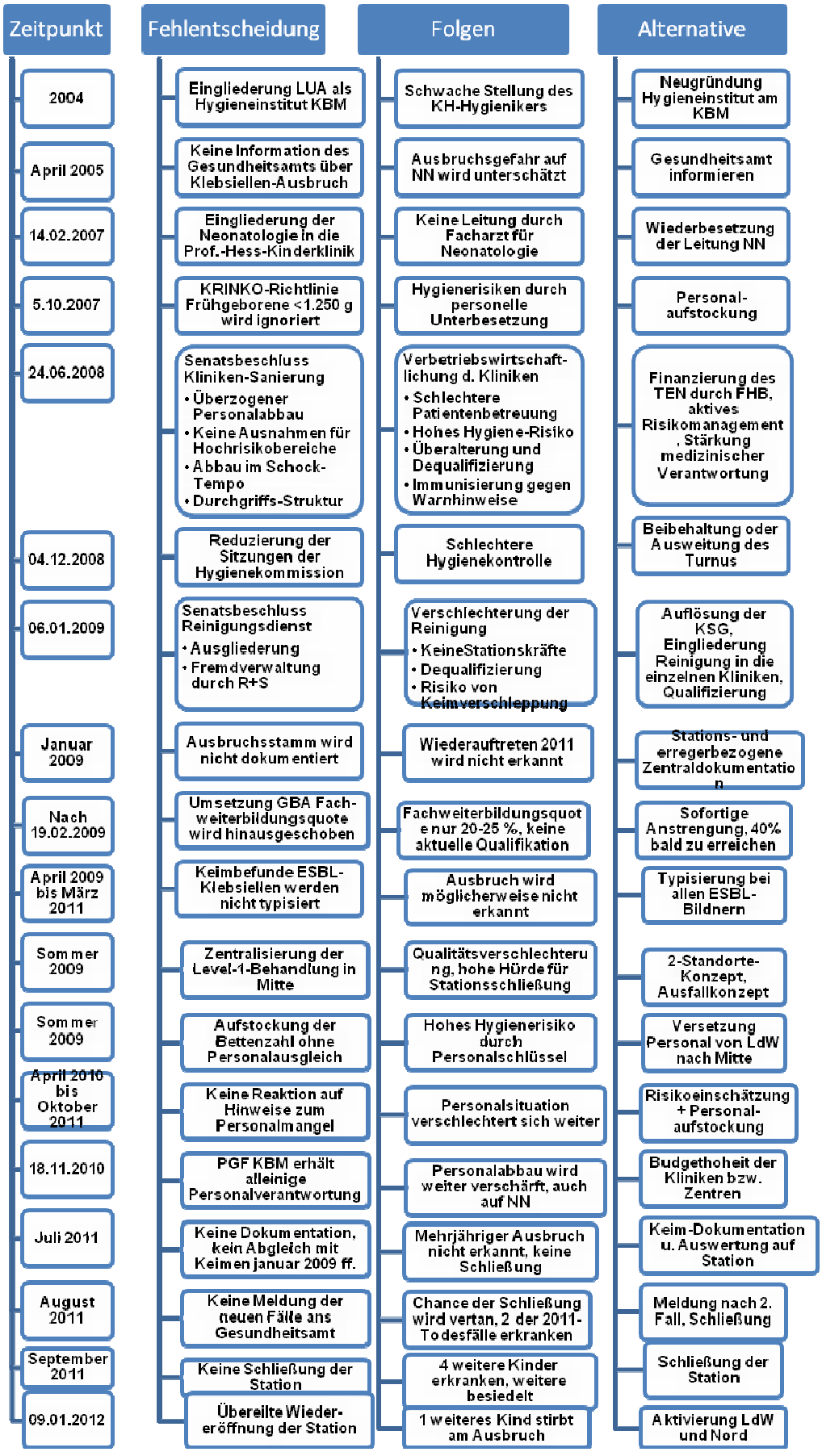
- **Ja, die Nichtbeachtung von Hygienevorschriften, strukturelle, personelle und organisatorische Mängel im KBM, in der GeNo, im Gesundheitsamt und in der senatorischen Behörde, sowie die Nichtbeachtung von Meldevorschriften waren ursächlich für die Infektionen mit dem Ausbruchsstamm und für mindestens vier Todesfälle von Frühgeborenen.**
- **Dabei handelt es sich jedoch nicht um isolierte Mängel, sondern um ein insgesamt mangelhaftes System, für das die Leitung der GeNo und der Senat der 17. Legislaturperiode die Verantwortung tragen.**
- **Ja, die Infektionen und Todesfälle wären mit hoher Wahrscheinlichkeit vermeidbar gewesen. Über einen Zeitraum von mindestens vier Jahren gab es eine Vielzahl von Fehlentscheidungen und unterlassenen Maßnahmen, die, wären sie richtig getroffen bzw. rechtzeitig ergriffen worden, die Klebsiellen-Infektionswelle und die dadurch verursachten Todesfälle verhindert hätten.**

Es war nicht unvermeidlich, dass es in der Frühgeborenen-Station des KBM zu einem mindestens dreijährigen Ausbruchsgeschehen kam. Es war nicht unvermeidlich, dass mindestens vier Frühgeborene in direkter Folge einer Infektion mit multiresistenten Klebsiellen des Ausbruchsstamms gestorben sind. Wären die Personalausstattung und das Reinigungswesen besser gewesen, wären Keimbefunde systematisch dokumentiert und ausgewertet worden, wären Warnhinweise und dokumentierte Mängel ernster genommen worden, wären die Zentralisierung der Frühgeborenen-Behandlung und die Wiedereröffnung der Station medizinisch abgewogen und nicht betriebswirtschaftlich fixiert entschieden worden, wäre die Klinik entschlossener beaufsichtigt worden und hätte sich nicht eine Unternehmenskultur etabliert, die kostenträchtige Entscheidungen nur fällt, wenn der öffentliche Druck es erzwingt – die Frühgeborenen hätten nicht sterben müssen, es hätten sich nicht Dutzende von Frühgeborenen am selben Keimstamm anstecken müssen, mit teilweise möglicherweise gravierenden Folgen für ihre lebenslange Gesundheit.

Der Untersuchungsausschuss hat eine Vielzahl von Mängeln aufgedeckt, deren Wirkung sich gegenseitig verstärkt hat und die in der Summe die Infektionswelle und die Todesfälle verursacht haben. Diese Mängel sind das Resultat von falschen Entscheidungen, die von der GeNo-Leitung, der KBM-Leitung, der Leitung der Kinderklinik und vom Senat getroffen wurden. Diese Entscheidungen haben den Spielraum für richtiges Handeln und für die Vermeidung von Fehlern immer weiter eingeengt. Die Entscheidungen sind nicht unverbunden, sondern stehen in einem Zusammenhang: Der Orientierung auf eine betriebswirtschaftlich fixierte Sanierungs- und Erlösperspektive, der alle anderen Fragen untergeordnet wurden. Dennoch hätte es bis zum Schluss die Möglichkeit gegeben, durch mutige Entscheidungen aus der Logik des ‚Spiels auf Risiko‘ auszubrechen. Auch gab es während der ganzen Zeit Beschäftigte, BeschäftigtenvertreterInnen und Externe, die auf die Mängel und auf die Gefährdung der Patientensicherheit hingewiesen haben.

Im Mehrheitsbericht wird die Vermeidbarkeit der Infektionen und Todesfälle nicht zum Ausdruck gebracht. Die Regierungsfraktionen im Untersuchungsausschuss legten sich von Anfang an auf die Haltung fest, das Problem der Krankenhaus-Infektionen mit den

Übersicht: Liste von Fehlentscheidungen, die maßgeblich zu den Infektionen und Todesfällen beigetragen haben



Maßstäben eines Arbeitsunfalls bzw. eines Versicherungsfalls zu messen: Hat es disziplinarrechtlich wertbare Verfehlungen Einzelner gegeben? Haben isolierte Handlungen zwangsläufig die Infektionen und Todesfälle hervorgebracht? Lässt sich eine lückenlose Kausalität zwischen einzelnen Handlungen und den Folgen nachweisen? Andernfalls, so die Sichtweise der Regierungsfraktionen, wären die Infektionen und Todesfälle tragisch und gäben zu Verbesserungen Anlass, wären aber letztlich höhere Gewalt, für die niemand die Verantwortung trägt.

Diese Herangehensweise wurde vom Senat gefördert, der hohes Interesse an einer derartigen Entschuldung der Verantwortlichen demonstrierte:

> „Es darf deshalb nicht übersehen werden, dass derartige Keimvorfälle aus systemischen Gründen Alltag in deutschen Kliniken sind, insbesondere in Stationen der Neonatologischen Intensivmedizin. (…) Das Besondere in Bremen ist also nicht der Keimausbruch an sich, sondern die Vermutung, dass schuldhaftes Handeln die Ursache dieses Keimausbruches ist.“[2]

> „Angesichts der inzwischen offenkundigen Nachlässigkeiten und Fehler vor allem wohl im Hygienemanagement der Klinik Bremen-Mitte, denen Sie in diesem Untersuchungsausschuss mit Sorgfalt und intensiver Detailaufklärung nachgegangen sind, bitte ich Sie jedoch, nicht die entscheidende Frage aus dem Augen zu verlieren: Können wir am Ende mit hinreichender Sicherheit sagen, dass die festgestellten Defizite und Mängel ursächlich sind für den Tod der Frühgeborenen?“[3]

Dem liegt eine grundsätzliche Fehlauffassung zugrunde von dem, was Krankenhaus-Infektionen und eine entsprechende Prävention sind, wie Fehler und Verantwortung auf diesem Gebiet zu fassen sind und was die Aufgabe eines Untersuchungsausschusses ist.

Krankenhaus-Infektionen sind wie Autounfälle

In der Tat lassen sich Krankenhaus-Infektionen nicht hundertprozentig vermeiden, sowenig, wie sich Verkehrsunfälle hundertprozentig vermeiden lassen. Auch bei Verkehrsunfällen ist es häufig unmöglich, eine lückenlose Kausalität herzustellen in dem Sinne, dass sich der Unfall durch die überhöhte Geschwindigkeit des Fahrers ereignen *musste*: Es hätte auch gutgehen können. Das bedeutet aber nicht, dass es keine Verantwortung oder Schuld gibt und jeder Unfall eine Sache höherer Gewalt ist. Ganz im Gegenteil. Der Gesetzgeber, die Gerichte, die Versicherungen und der gesunde Menschenverstand erlegen jedem, der sich in den Verkehr begibt, ein Verhalten auf, das Risiken minimiert und die Wahrscheinlichkeit von Unfällen verringert. Wer sich riskant verhalten hat – als Fahrer, Halter oder sogar Beifahrer – , dem wird eine vollständige oder anteilige Schuld am Unfall zugewiesen. Wenn man immer mit 250 km auf der Autobahn fährt und dann einen Unfall baut, dann war die Geschwindigkeit am Tag des Unfalls auch nicht höher als an den anderen Tagen. Daraus abzuleiten, überhöhte Geschwindigkeit hätte mit Unfällen nichts zu tun, wäre falsch. Das riskante Verhalten hat die Wahrscheinlichkeit des Unfalls erhöht, auch wenn er nicht sofort eingetreten ist.[4]

---

[2] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4479 f.

[3] Ebenda, 31-4485 f.

[4] Dieser Vergleich, der in einer Pressemitteilung der LINKEN gezogen und im WK online vom 21.12.2011 zitiert wurde, wurde auch vom Sachverständigen Tim Eckmanns vom RKI positiv aufgegriffen: „Ja, genau! Da wurde für mich ein sehr schöner Vergleich gezogen: Wenn jemand schon seit Stunden 200 km/h fährt und einen Unfall baut, dann bedeutet 200 - -. Das hat, glaube ich, sogar irgendjemand hier in Bremen in irgendeinem Kommentar verglichen. So ist es tatsächlich. Unsere

Vergleich: Risikofaktoren bei Autounfall und bei Krankenhaus-infektionen

Autounfall	**Krankenhaus-Infektion**	**Vorgaben**
Geschwindigkeit (km/h)	Personalausstattung (Pflegekräfte/Patient)	KRINKO
Führerschein	Qualifikation	GBA
Straßenverhältnisse	Reinigung	KRINKO
Sichtverhältnisse	Dokumentation	IfSG
Inspektion	Hygienemanagement	KHygVO
TÜV	Gesundheitsamt	ÖGDG
Halterverantwortung	Eigentümer-Verantwortung	

[5]

Genau in diese Richtung bewegt sich auch die rechtliche Würdigung von Krankenhaus-Infektionen in den letzten Jahren. Kliniken müssen sich risikominimierend verhalten. Wenn sie das nicht getan haben, müssen sie im Fall von Infektionen oder Todesfällen nachweisen, dass ihr Handeln *nicht* mit ursächlich für die eingetretenen Folgen war.[6] Unabhängig von der rechtlichen Betrachtung wird sich auch die politische Würdigung darauf richten müssen: Ist von den Verantwortlichen das getan worden, was notwendig gewesen wäre, um Risiken zu minimieren? Diese Verantwortung abweisen zu wollen – weil der Unfall sich auch bei vorschriftsmäßiger Geschwindigkeit hätte ereignen können oder auch bei überhöhter Geschwindigkeit nicht unbedingt eintreten musste –, kann in der öffentlichen Daseinsvorsorge genauso wenig akzeptiert werden, wie im Straßenverkehr.

Aussage ist tatsächlich: Wenn dieser Zusammenhang nicht gefunden wird, bedeutet es keineswegs das Umgekehrte, dass also kein Zusammenhang da ist.“ Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2140

[5] Eigene Darstellung. Fotos: Wikicommons, Traffic Collision: Damnsoft 09, Klebsiella pneumonia: CDC Atlanta, USA

[6] „Also, die KRINKO [Krankenhaushygiene-und-Infektionspräventions-Kommission des Robert-Koch-Instituts] macht grundsätzlich keine gesetzlichen Empfehlungen, aber man muss sagen: Die Richtlinie mit den Anlagen der KRINKO ist ja gerade in der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes noch einmal deutlich hervorgehoben worden, so dass das, was die KRINKO an Empfehlungen herausgibt, eigentlich einen verbindlichen Charakter hat. Bei jeder Gerichtsverhandlung fragt der Richter heute inzwischen: Sind die KRINKO-Richtlinien eingehalten worden? Wenn das nicht der Fall ist, ist das schon ein grober Mangel und führt dann in der Regel auch zur Beweisumkehr, sodass die KRINKO-Richtlinien im Grunde genommen einen gesetzlichen Charakter haben, ohne dass sie gesetzlich festgeschrieben sind (…) Wer sich an diese Standards nicht hält, hat große Schwierigkeiten.“ Thomas Eikmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-105 f. Ähnlich Klaus-Dieter Zastrow 2-209 f., Reinhard Laux 16-2230, Hermann Schulte-Sasse 19-2719.

Die **Personalausstattung** ist bei Krankenhaus-Infektionen das, was im Straßenverkehr die Geschwindigkeit ist. Je mehr Patienten eine Pflegekraft gleichzeitig versorgen muss, desto höher wird das Risiko einer Keimübertragung. Die Gefahr steigt, dass die hygienische Barriere – kein Patientenkontakt ohne vorherige Händedesinfektion, kein Zwischendurch-Kontakt zu anderen Patienten, Geräten oder Flächen ohne anschließende erneute Hände-Desinfektion – nicht mehr zuverlässig einzuhalten ist, wenn die Belastung eine bestimmte Grenze überschreitet. Das Risiko von Übertragungen nimmt so zu, wie die Wahrscheinlichkeit von Fahrfehlern bei überhöhter Geschwindigkeit.

> „Vorsitzende: Welchen Einfluss hat denn die Auslastung einer Station auf die Qualität der Pflege und auf das Infektionsrisiko?
>
> Zeuge Professor Dr. Herting: Dazu werden Sie ja noch Experten hören. Diese Daten gibt es weniger aus der Neonatologie als aus dem Erwachsenenintensivbereich. Da gibt es solche Studien, die eben zeigen, dass in Überlastungssituationen Infektionsraten durchaus ansteigen können. Das mag man zum einen auf die räumlichen Gegebenheiten zurückführen, dass man sagt, da stehen Patienten zu dicht. Ich glaube aber, dass es im Wesentlichen eher mit dem Personal zu tun hat und dann einfach mit einer Überforderung des Personals in extremen Situationen.“[7]

Für die Frühgeborenen-Behandlung gibt es daher eine Richtlinie der KRINKO (der Krankenhaushygiene-und-Infektionspräventions-Kommission des Robert-Koch-Instituts), die auch einen Richtwert zum Personalschlüssel enthält.[8]

Auch andere Risikofaktoren lassen sich mit entsprechenden Risikofaktoren im Straßenverkehr vergleichen, und auch im Bereich der Krankenhaus-Infektionen gibt es Vorgaben, die zu einer Minimierung dieser Risikofaktoren verpflichten. Der Zustand der **Reinigung und Desinfektion** im Krankenhaus wirkt sich ähnlich aus wie die Straßenverhältnisse. Eine schlechte Reinigung, die Erreger nicht zuverlässig beseitigt, führt meist nicht direkt zur Infektion der Patienten, da diese in der Regel nicht unmittelbar mit den kontaminierten Flächen in Kontakt kommen. Das gilt insbesondere für Hochrisikopatienten wie Frühgeborene, die sich häufig in Brutkästen oder Wärmebetten befinden. Schlechte Straßenverhältnisse führen jedoch dazu, dass Fahrfehler oder überhöhte Geschwindigkeit schneller gefährliche Folgen haben. Das gleiche gilt für unzureichende Reinigung und Desinfektion: Fehler bei der Handhygiene, durch das Personal vermittelte Übertragungswege zwischen Patienten oder zwischen Patienten und Flächen, führen dann schneller dazu, dass tatsächlich Erreger übertragen werden.

Ein weiterer Risikofaktor im Straßenverkehr sind schlechte Sichtverhältnisse: Sie erschweren das rechtzeitige Reagieren und das vorausschauende Fahren. Dem entspricht bei Krankenhaus-Infektionen eine unzureichende **Dokumentation und Auswertung von Keimbefunden** (Patientenbefunden und Umgebungsuntersuchungen). Wenn Keimbefunde nicht lückenlos dokumentiert und zeitnah ausgewertet werden, kann das Personal auf die Anzeichen einer Infektionswelle oder eines Ausbruchs nicht reagieren, weil es diese Anzeichen gar nicht bemerkt. Ebenso regeln Hygienevorschriften die notwendige **Qualifikation des Personals** – Fahren ohne Führerschein der entsprechenden Gewichtsklasse ist ein unzulässiger Risikofaktor.

---

[7] Egbert Herting, Protokoll der öffentlichen Anhörung 1-23

[8] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut, 5.Oktober 2007, Band 5, S. 102 ff.

Risiken durch Materialmängel werden beim Straßenverkehr begrenzt durch regelmäßige Inspektionen des Fahrzeugs und durch die Aufsicht des TÜV. Auch hier gilt: Abgefahrene Bremsen oder eine verzogene Spur erzwingen nicht mit Notwendigkeit einen Unfall. Sie machen ihn nur in Verbindung mit den anderen Risikofaktoren sehr viel wahrscheinlicher und sollen deshalb ausgeschlossen werden. Für Krankenhaus-Infektionen übernimmt das **Hygienemanagement** des Krankenhauses die Rolle der regelmäßigen Inspektion, mit Hygiene-Visiten, Hygiene-Fachkräften, hygienebeauftragten Ärzten, einem Krankenhaus-Hygieniker und einer ärztlichen Geschäftsführung. Die Rolle des TÜV fällt dem **Gesundheitsamt** zu, das die Krankenhäuser überwacht und dafür in größeren Abständen Begehungen und Nachkontrollen durchführt. Auch ein überschrittener TÜV-Termin führt nicht mit Notwendigkeit zum Unfall. Dennoch wird sich niemand damit herausreden können, dessen TÜV-Plakette ein halbes Jahr überfällig ist.

Die Unfähigkeit und Unwilligkeit der **GeNo- und KBM-Leitung,** Risiken, Warnhinweise und Kritik zur Kenntnis zu nehmen, ist dem Zustand der eingeschränkten Fahrtüchtigkeit zu vergleichen. Die Verantwortung endet jedoch nicht bei ihnen. Auch im Straßenverkehr kann der Fahrzeughalter nicht jede Verantwortung auf den Fahrer abwälzen. Wenn der Halter akzeptiert, ja sogar den Fahrer dazu ermutigt und dazu anhält, sein Fahrzeug in unverantwortlicher Weise zu fahren, dann trifft ihn sein Teil der Verantwortung für eintretende Unfälle. Die Rolle des Fahrzeughalters hat im Bereich der Krankenhaus-Infektionen der Eigentümer der Klinik inne – im Fall des Klinikum Bremen-Mitte mithin der **Bremer Senat**. Ihm fällt die Doppelrolle zu, einerseits Eigentümer der kommunalen Kliniken zu sein, als auch andererseits kommunaler und Landesgesetzgeber sowie oberste Verwaltungsbehörde für das Gesundheitswesen, die über die öffentlich finanzierten Klinikinvestitionen entscheidet.

Hochrisikoverhalten als Unfallursache

Im Bild des Autounfalls lässt sich die Abfolge der Ereignisse so beschreiben:

In der Frühgeborenen-Station des Klinikum Bremen-Mitte ist auf regennasser Straße und bei völlig unzureichender Sicht trotzdem mit extrem überhöhter Geschwindigkeit gefahren worden. Wenn die Richtlinie der KRINKO und die Empfehlungen der Fachgesellschaften und Experten, wonach eine Pflegekraft nicht mehr als zwei Frühgeborene gleichzeitig betreuen soll, ein relativ sicheres Autobahn-Tempo von 100 km/h darstellen, dann fuhr das KBM seine Frühgeborenen-Station ab 2010 meistens doppelt so schnell, zu Spitzenzeiten auch zweieinhalb oder gar drei Mal so schnell. Das konnte nicht lange gut gehen, schon gar nicht in Verbindung mit den höchst mangelhaften Reinigungsverhältnissen und der fehlenden Dokumentation.

Führerscheine waren zum Teil gerade noch gültig aufgrund von Übergangsregelungen (Fachpflege), zum Teil ungültig (Krankenhaushygieniker). Das System der Inspektionen (Hygienemanagement) war chaotisch, der TÜV (Gesundheitsamt) war zu einer ernsthaften Überprüfung nicht in der Lage.

Der Halter aber, die öffentliche Hand als Eigentümer der kommunalen Kliniken, hielt den Fahrer gezielt dazu an, möglichst schnell zu fahren. Mit dem Coup von 2008, der GeNo die Finanzierung des Neubaus Mitte aus dem laufenden Betrieb aufzuerlegen, legten Senat und GeNo-Geschäftsführung gemeinsam überhöhte Geschwindigkeit als Normalzustand für die kommunalen Kliniken fest. Der Senat als Halter interessierte sich für nichts anderes als für möglichst schnelle Fahrt. Hier liegt, bei allen Fehlern der GeNo-, der KBM- und der Kinderklinik-Leitung, die politische Verantwortung der

Landesregierung für die Infektionen und Todesfälle: Hochriskantes, unverantwortliches Fahrerverhalten erzwungen, gefordert und immer wieder bestärkt zu haben.

3. Der Bremer Ausbruch im Kontext anderer Ausbrüche

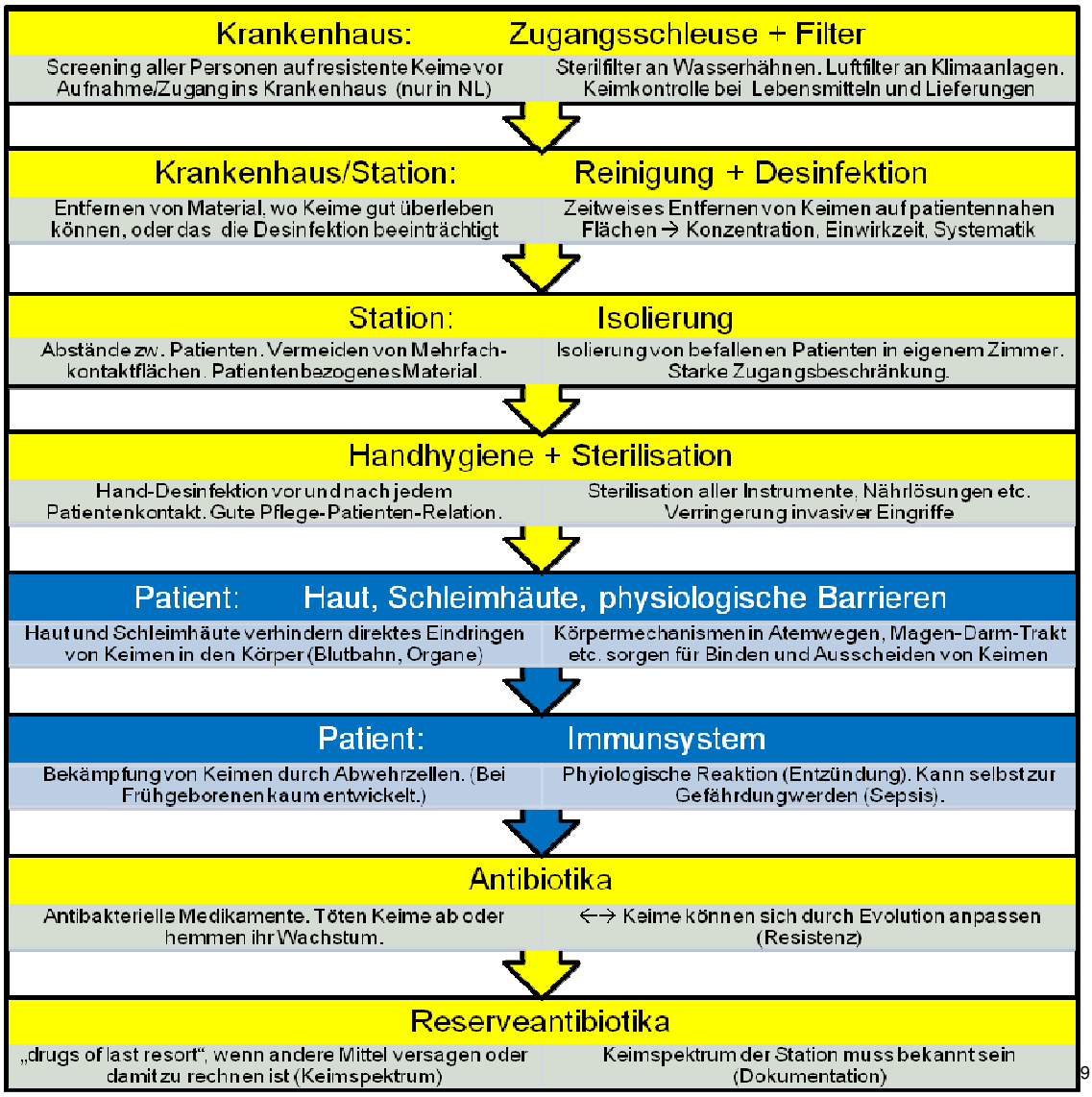
Keimausbrüche auf Frühgeborenen-Stationen (neonatalen Intensivstationen) sind in den letzten Jahren verstärkt bekannt geworden. Dies ist zum einen auf die **erhöhte Sensibilität der Öffentlichkeit** und des Gesundheitswesens zurückzuführen. Der Keimausbruch am Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße in Köln im Dezember 1989 wurde erst Jahre später bekannt. Inzwischen gelangen Keimausbrüche auf Frühgeborenen-Stationen schneller an die Öffentlichkeit, auch wenn anzunehmen ist, dass auch heute viele Ausbrüche unerkannt bleiben oder nicht öffentlich bekannt werden. Beim Keimausbruch an der Kinderklinik des Dritten Ordens in Passau im Oktober 2011 schaltete die Klinikleitung selbst die Staatsanwaltschaft ein, um die Aufklärung zu befördern und den Verdacht des Vertuschens erst gar nicht aufkommen zu lassen. Auch in Mainz benachrichtigte die Klinikleitung die Staatsanwaltschaft direkt und war bemüht, frühzeitig Transparenz zu schaffen.

Zum anderen stellen Keimausbrüche auf Frühgeborenen-Stationen das sichtbarste Zeichen eines allgemeinen Problems dar: **Die Zunahme resistenter oder multiresistenter Erreger**, d.h. von Krankheitserregern, die gegen eines oder mehrere der gängigen Antibiotika immun sind. Die Krankheitserreger sind Bakterien, die in ihrer Urform massenhaft in der Umwelt verbreitet sind. In der Darmflora von Erwachsenen existiert eine Vielzahl von Bakterien, die dort harmlos sind, aber zu schweren Infektionen führen können, wenn sie in die Lunge, ins Gehirn, in die Bauchhöhle oder in die Blutbahn gelangen. Wenn Erreger im Krankenhaus existieren und sich dort vermehren und verbreiten, oder wenn sie dort entstehen (etwa indem dort Erreger Resistenzen entwickeln), spricht man von Krankenhaus-Erregern. Keimausbrüche entstehen, wenn die vielfältigen Barrieren gegen das Eindringen von Keimen in den menschlichen Organismus nicht ausreichen, um Infektionen (d.h. Ansteckung mit dem Erreger) zu verhindern.

Infektionsschutz als Multibarrierensystem

Der weit überwiegende Teil aller Erreger wird normalerweise durch das Barrieresystem des Menschen selbst neutralisiert: Die Haut und die Schleimhäute als mechanische Barrieren, die physiologischen Barrieren mit denen Keime gebunden und abtransportiert werden, sowie die Fähigkeiten des menschlichen Immunsystems, eingedrungene Erreger zu beseitigen. Bei immungeschwächten Patienten ist dies dagegen nicht der Fall. **Frühgeborene** sind besonders betroffen, da ihr Immunsystem noch nicht entwickelt ist. Betroffen sind aber auch andere Patientengruppen mit geschwächtem Immunsystem, insbesondere **Frischoperierte** und **ältere oder schwer erkrankte Patienten**, sowie **immunsupprimierte Patienten**, deren Immunabwehr aus medizinischen Gründen medikamentös geschwächt wird. Sie alle sind darauf angewiesen, dass das Barrieresystem des Krankenhauses sie davor schützt, mit Krankheitserregern in Kontakt zu kommen.

Multibarrierensystem der Abwehr von Krankenhauskeimen


Krankenhaus: Zugangsschleuse + Filter
Screening aller Personen auf resistente Keime vor Aufnahme/Zugang ins Krankenhaus (nur in NL)
Sterilfilter an Wasserhähnen. Luftfilter an Klimaanlagen. Keimkontrolle bei Lebensmitteln und Lieferungen
Krankenhaus/Station: Reinigung + Desinfektion
Entfernen von Material, wo Keime gut überleben können, oder das die Desinfektion beeinträchtigt
Zeitweises Entfernen von Keimen auf patientennahen Flächen → Konzentration, Einwirkzeit, Systematik
Station: Isolierung
Abstände zw. Patienten. Vermeiden von Mehrfach-kontaktflächen. Patientenbezogenes Material.
Isolierung von befallenen Patienten in eigenem Zimmer. Starke Zugangsbeschränkung.
Handhygiene + Sterilisation
Hand-Desinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt. Gute Pflege-Patienten-Relation.
Sterilisation aller Instrumente, Nährlösungen etc. Verringerung invasiver Eingriffe
Patient: Haut, Schleimhäute, physiologische Barrieren
Haut und Schleimhäute verhindern direktes Eindringen von Keimen in den Körper (Blutbahn, Organe)
Körpermechanismen in Atemwegen, Magen-Darm-Trakt etc. sorgen für Binden und Ausscheiden von Keimen
Patient: Immunsystem
Bekämpfung von Keimen durch Abwehrzellen. (Bei Frühgeborenen kaum entwickelt.)
Phyiologische Reaktion (Entzündung). Kann selbst zur Gefährdung werden (Sepsis).
Antibiotika
Antibakterielle Medikamente. Töten Keime ab oder hemmen ihr Wachstum.
←→ Keime können sich durch Evolution anpassen (Resistenz)
Reserveantibiotika
„drugs of last resort“, wenn andere Mittel versagen oder damit zu rechnen ist (Keimspektrum)
Keimspektrum der Station muss bekannt sein (Dokumentation)
[9]

Wer zuhause renoviert, Tapeten entfernt oder anderen Bauschutt produziert, kennt das Problem des ‚Eintrags‘: Über kurz oder lang verteilen sich die Partikel in der Wohnung. Barrieren sind hilfreich, aber ihre Wirkung ist nie hundertprozentig. Sie kann verstärkt werden, wenn mehrere Barrieren miteinander kombiniert werden: Der Schutt wird abgedeckt, eine Folie davor gehängt, es läuft niemand durchs Zimmer, wer doch hinein muss wechselt die Schuhe, der Boden davor wird öfter sauber gemacht usw. Im Prinzip funktioniert das Barrieresystem eines Krankenhauses gegen Krankenhauskeime auch nicht anders. Die Anforderungen sind jedoch ungleich höher, und im Gegensatz zu Schuttpartikeln kann man Bakterien mit bloßem Auge nicht sehen und mit normalen Reinigungsmitteln nicht entfernen.

Auch das Problem des ‚Herds‘ oder der ‚Quelle‘ ist aus dem Alltag bekannt. Eine ungewöhnliche Häufung von Fruchtfliegen in der Küche verschwindet buchstäblich augenblicklich, wenn der Gegenstand gefunden und entfernt wird, wo die Fliegen sich ernähren und nisten: die verfaulte Banane oder der hinter den Schrank gefallene Apfel. Bei einem kleineren Teil der Keimausbrüche kann eine verhältnismäßig einfache Ursache gefunden werden: entweder ein Gegenstand, möglicherweise auch eine Person, vom

[9] Eigene Darstellung

dem/der aus immer wieder Keime verteilt werden (eine Quelle), oder ein einzelner falscher Handlungsablauf, bei dem das Barrierensystem durchkreuzt wird (ein Eintragsvektor).[10]

Ursachen einschlägiger Keimausbrüche

Von den bekannten Keimausbrüchen auf Frühgeborenen-Stationen der letzten Jahre konnte nur einer auf eine Quelle zurückgeführt werden. Beim Ausbruch an der Universitätsklinik Mainz waren verkeimte Nährlösungen die Ursache (so wie beim Ausbruch an der Kölner Klinik 1989). Bei den Hygieneskandalen in Fulda und Kassel, die keine Frühgeborenen betrafen, wurde ein Eintragsvektor entdeckt: das OP-Besteck war nicht richtig sterilisiert worden. Ein dritter Ursachenkomplex wurde beim Keimausbruch in der Frühgeborenen-Station der Uniklinik Gießen 1996-1999 festgestellt. Es konnte gezeigt werden, dass das verwendete Desinfektionsmittel in einer zu niedrigen Konzentration angewendet wurde, die nicht ausreicht, Klebsiellen abzutöten. Die Barriere ‚Desinfektion‘ war damit wirkungslos.

Mögliche Ursachen von Keimausbrüchen		
Quelle	Es existiert eine Keimquelle, die so massiv ist, dass sie das Multibarrierensystem überfordert.	Mainz 2011, Köln 1989
Eintragsvektor	Es existiert ein Einfallsweg für Keime, der am Barrierensystem vorbeiführt.	Fulda 2011, Kassel 2011
Barriereversagen	Eine bestimmte Barriere (Reinigung, Handhygiene, Filter usw.) ist so mangelhaft, dass die anderen Barrieren den Durchbruch nicht aufhalten können.	Gießen 1996-1999
Organisations-versagen	Mehrere oder alle Barrieren sind so geschwächt, dass das System insgesamt der Herausforderung durch resistente Keime nicht gewachsen ist.	Maasstad 2010-2011

[11]

[10] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-245 f.
[11] Eigene Darstellung

Keimausbrüche auf neonatologischen Intensivstationen in Deutschland					
Ort	Trägerschaft	Zeitraum	Keim	Folgen	Ursache
Kinderkranken-haus Amster-damer Straße, Köln	Öffentlich: gGmbH des Landes (100%)	Dezember 1989	Enterobacter	4 gestorben + 6 infiziert. Verfahren eingestellt.	Kontaminierte Nährlösung
Universitäts-klinikum Gießen und Marburg (UKGM)	Privat: Rhön AG (95%), Land Hessen (5%)	1996-1999	Klebsiella oxytoca	4 gestorben + 36 infi-ziert + 24 geschädigt. Klinik zu Schadens-ersatz verurteilt	Zu niedrig dosiertes Desinfektions-mittel
Klinikum Bremen-Mitte	Öffentlich: gGmbH der Holding Gesundheit Nord (GeNo) (Stadt 100%)	Januar 2009 bis Mai 2012	Klebsiella pneumoniae	5 gestorben + 32 infiziert oder besiedelt. Staatsanw. ermittelt. Parl. Untersuchungs-ausschuss eingesetzt.	Nicht bekannt
Altonaer Kinder-krankenhaus (AKK)	Öffentlich: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf UKE (Universität Hamburg 100%)	Januar 2010	E.coli	2 gestorben	Nicht bekannt
Universitäts-medizin der Johannes-Gutenberg-Universität (JGU) Mainz	Öffentlich: Körperschaft des öffentlichen Rechts	August 2010	Enterobacter	3 gestorben + 5 infiziert. Ermittlungen eingestellt.	Kontaminierte Nährlösung
DRK-Kinder-klinik Siegen	Freigemeinnützig: Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	September 2011		3 gestorben (drittes Kind ohne Obduktion bestattet, Staatsanw. vermutet identische Todesursache). Ermittl. eingestellt.	Nicht bekannt
Asklepios Klinik Hamburg-Barmbek	Privat: Asklepios (74,9%), Land Hamburg (25,1%)	September 2011	Klebsiella pneumoniae	16 besiedelt + 2 infi-ziert, keine Todesfälle. Station vorübergehend geschlossen.	Nicht bekannt
Kinderklinik Dritter Orden Passau	Kirchlich: Dritter Orden	Oktober 2011		1 gestorben + 3 infiziert + 8 besiedelt. Klinik schaltet Staatsanw. ein.	Nicht bekannt
Universitätsklini kum Jena (UKJ)	Öffentlich: Körperschaft des öffentlichen Rechts	April-Mai 2012	Entero-kokken (VRE)	14 besiedelt, keine Todesfälle	Nicht bekannt
Ludmillenstift Meppen	Freigemeinnützig: Kuratorium der Stiftung Ludmillenstift	Mai 2012	E.coli	5 besiedelt, keine Todesfälle	Nicht bekannt
Charité Berlin	Öffentlich: Körperschaft des öffentlichen Rechts	Oktober 2012	Serratien	1 gestorben + 6 infiziert + 16 besiedelt. Staatsanw. ermittelt	Nicht bekannt

Keimausbrüche außerhalb von Frühgeborenen-Stationen					
Universitäts-klinikum Leipzig (UKL)	Öffentlich: Anstalt des öffentlichen Rechts	Juli 2010 bis heute	Carbabenem -resistente Klebsiellen (KPC)	58 infiziert oder besiedelt	Nicht bekannt
Maasstad Krankenhaus Rotterdam	Non-profit/Stiftung: Maasstad Kranken-haus-Stiftung	Juli 2010 bis Juli 2011	Klebsiella pneumoniae Oxa-48	27 gestorben + über 50 infiziert.	System-versagen

[12]

Bei den meisten Keimausbrüchen auf Frühgeborenen-Stationen der letzten Jahre wurde keine dieser drei Ursachenarten entdeckt.[13] Die Ausbrüche endeten, ohne dass eine Quelle, ein Eintragsvektor oder das Versagen einer bestimmten Barriere nachgewiesen wurden. In einigen dieser Fälle kann es sein, dass eine derartige Ursache im Rahmen der allgemeinen Verschärfung des Hygienesystems beseitigt wurde, ohne es zu wissen. Dies wird aber nicht die Erklärung für alle diese Fälle sein können. Es ist daher davon auszugehen, **dass eine allgemeine Schwäche des Multibarrierensystems ebenfalls als Ursache von Ausbrüchen in Betracht kommt,** wo Mängel sich in ihrer Wirkung so verstärken, dass das System insgesamt zu durchlässig wird.

In dieser Hinsicht stellt der Bericht der externen Untersuchungskommission des **Maasstad Krankenhauses in Rotterdam** (Niederlande) vom 29.März 2012 einen Meilenstein dar.[14] Der Bericht stellt die vielfältigen Faktoren dar, die zu einem zwölfmonatigen Klebsiellen-Ausbruch geführt haben, der weder auf eine Punktquelle, noch auf einen bestimmten Eintragsvektor, noch auf Fehler bei einer bestimmten Barriere zurückgeführt werden konnte. Es handelte sich dabei um keine Frühgeborenen, sondern um erwachsene Patienten, von denen sich über 80 infizierten und 27 starben.

> „Die Kommission stellt fest, dass dem Maasstad Krankenhaus eine Sicherheitskultur fehlt. (…) Alle beteiligten Akteure müssen sich darüber im Klaren sein, dass Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung oberste Priorität haben und dementsprechend handeln.“[15]

Genau das war am Maasstad Krankenhaus nach Auffassung der Kommission nicht der Fall gewesen. Hygienefehler waren begangen wurden, die Anzeichen eines Ausbruchs wurden nicht ernst genommen, notwendige Entscheidungen nicht getroffen, die den Ausbruch hätten

[12] Eigene Zusammenstellung, Quelle: Presseberichte/Internet zu den einzelnen Keimausbrüchen

[13] „Man muss aber ganz klar wissen, derartige Ursachen oder Quellen findet man in den allerallerwenigsten Fällen. Man muss einfach auch sagen, da ist die Industrie mittlerweile relativ gut, sodass so etwas nicht vorkommt. (…) bei solch einem langgezogenen Ausbruch - als wir hinkamen, hieß es ja zuerst noch Juni, dann hatten wir relativ schnell herausgefunden, dass es sogar schon ein paar Fälle seit April gegeben hatte -, wenn etwas so lang gezogen ist, dann kann es im Grunde kaum eine einzige Quelle geben, sondern dann ist es möglicherweise eine Kombination von verschiedenen Sachen, oder es ist das Klassische, das die Ursache fast der meisten Ausbrüche ist, dass es immer wieder über die Hände von einem Patienten zum anderen übertragen wird, dass es also Infektionsketten gibt.“ Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2046.

[14] Externe Untersuchungskommission des Maasstad Krankenhauses: Das Unsichtbare Sehen. Untersuchung zur Ursache des Ausbruchs des Klebsielle Oxa-48 Bakterium im Maasstad Krankenhaus in Rotterdam, 29.März 2012, Übersetzung des niederländischen Originalberichts, Band 185.

[15] Ebenda, S. 56

eindämmen können. **Ein wesentlicher Hintergrund war die Umwandlung des Krankenhauses im Geiste der Profitorientierung:**

> „Zum Zeitpunkt dieser Veränderungen im Gesundheitswesen hatte das Maasstad Krankenhaus finanzielle Probleme. Der Vorsitzende, der im September 2004 seinen Dienst angetreten hat, richtete seine Aufmerksamkeit in erster Linie auf die (finanzielle) Sanierung des Krankenhauses. Nach seiner Auffassung war es erforderlich, das Krankenhaus wie ein Geschäftsunternehmen zu führen. Diese Meinung entspricht den Leitgedanken des neuen Gesundheitswesens. Der Vorstandsvorsitzende ging diese neue Rolle energisch an und stellte die Organisation darauf ein. Es wurde eine große Stabsabteilung Marketing, Kommunikation & Sales aufgebaut und Schlüsselpositionen im Management wurden von Personen mit einem betriebswirtschaftlichen Hintergrund bekleidet. Die Aufmerksamkeit richtete sich vor allem auf die Wiederherstellung der finanziellen Stabilität und auf das Verstärken von Wettbewerbspositionen des Krankenhauses durch aktives Marketing, Erweiterung, Anziehen besonderer (hochwertiger) Funktionen.“[16]

> „Der Vorstand überließ die interne Leitung der Geschäftsleitung und entfremdete sich somit vom klinischen Alltag. Diese Konzentration auf betriebswirtschaftliche Prozesse führte zu einem enormen Ehrgeiz-Niveau zulasten der Qualität und Sicherheit. (…) Der Aufsichtsrat hat nicht erkannt, wie anfällig die Vorstandsstruktur und die
>
> Vorstandszusammensetzung waren. Er hat sich vom Aufstieg des Krankenhauses auf der Rankingliste von AD und Elsevier blenden lassen. Das Interesse an Qualität und Sicherheit war dagegen nur sehr gering.“[17]

Organisationsversagen als Ursache

Auch der Ausbruch auf der Frühgeborenen-Station am KBM geht auf ein **Organisationsversagen** zurück. Der Ausschuss hat schwerwiegende Mängel bei nahezu allen Bestandteilen des Multibarrierensystems festgestellt: der personellen Ausstattung und damit der Handhygiene, der Reinigung und Desinfektion, der Dokumentation und damit der medikamentösen und organisatorischen Reaktionszeit, den Filtersystemen, sowie den baulichen und organisatorischen Voraussetzungen einer wirksamen Isolierung.

> „Viel mehr Mängel als hier kann man kaum finden.“[18]

Der Aufsichtsrat und der Senat haben sich von den scheinbar guten betriebswirtschaftlichen Ergebnissen blenden lassen. Sie haben Gefährdungen der Patientensicherheit in Kauf genommen, um Gewinn zu erzielen – nicht in Form von Ausschüttungen, aber in Form der staatlichen Nichtleistung der Investitionskosten, was einer Gewinnabführung gleichkommt.

Die Fachgesellschaften und Fachkommissionen, die bei Keimausbrüchen als ‚task force‘ zum Einsatz kommen, betreiben keine Ursachenanalyse im vollständigen Sinn. Ihre Perspektive ist davon bestimmt, durch welche Maßnahmen im unmittelbaren Handlungsbereich der Klinik- und Stationsleitungen sich der Ausbruch unterbrechen bzw.

---

[16] Ebenda, S. 17

[17] Ebenda, S. 6. Gemeint sind die Rankinglisten der niederländischen Tageszeitung AD (früher Algemeen Dagblad) und des niederländisch-britischen Wissenschaftsverlags Elsevier, die ebenso einflussreich wie umstritten sind. Siehe Roland Bal: Organizing for Transparency. The ranking of Dutch hospital care, www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=9680, sowie http://de.wikipedia.org/wiki/Elsevier.

[18] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4783

beenden lässt. Ursachen im Bereich eines komplexeren Organisationsversagens entziehen sich diesem Zugang tendenziell. So haben auch die Vertreter des RKI und des BZH ihre Herangehensweise im Ausschuss erläutert:

> „Unsere Aufgabe ist zu untersuchen, was die Ursache für den Ausbruch ist. Das Erste, was man aber bei einem Ausbruch macht, ist, sich das Ausmaß anzusehen und dann natürlich zu schauen, dass man den Ausbruch stoppt. Das ist das primäre Ziel, wenn man so früh kommt, dass er noch vorhanden ist.“[19]

> „Wir haben keine Ausbruchsanalyse selbst durchgeführt, weil dafür das RKI im Hause war.“[20]

Wesentliche Einschränkungen gelten auch für die Ursachenanalyse durch die Untersuchungen der Staatsanwaltschaft. Hier richtet sich der Zugang auf mögliche strafrechtliche Vergehen, die konkreten Personen zugeordnet werden können, und auf einen Zeitrahmen, der durch die in Frage kommenden Verjährungsfristen begrenzt ist.

Bei einem Keimausbruch, der nicht durch eine Quelle, einen klaren Eintragsvektor oder einen alleinentscheidenden Mangel einer konkreten Barriere erklärt werden kann, sondern wo die Ursachen möglicherweise in den Bereich des Organisationsversagens reichen, kann eine weitergehende Analyse der Ursachen eigentlich nur durch einen eigens dafür eingesetzten Ausschuss erfolgen.

4. Ausmaß des Keimausbruchs und der Folgen

Zum heutigen Zeitpunkt (Oktober 2012) sind 37 Kinder bekanntermaßen dem Ausbruch zuzurechnen: 1 im Jahr 2009, 30 im Jahr 2011, 5 im Februar 2012 beim erneuten Ausbruch nach der Wiedereröffnung der Station, 1 im Mai 2012 auf der Kinderchirurgie (Station 3911). Dazu gehören 4 Kinder aus 2011, bei denen vom Ausbruchsstamm ausgegangen wird, eine Gentypisierung sich jedoch nicht mehr durchführen lässt.[21]

Vier der 37 Kinder sind an der Infektion mit dem Ausbruchsstamm gestorben, bei einem **fünften verstorbenen Kind ist unklar**, ob der Befall mit dem Erreger mitursächlich für den Tod war.[22] **6 weitere sind daran erkrankt.** 26 waren mit dem Ausbruchsstamm lediglich besiedelt ohne Infektion. Von diesen sind 2 aus anderen Ursachen verstorben.

Weitere Kinder waren in engem zeitlichen oder räumlichen Zusammenhang mit dem Ausbruch mit Klebsiellen besiedelt oder infiziert oder sind daran gestorben, ohne dass es sich um den Ausbruchsstamm handelte (oder ohne dass eine Probe auf Identität mit dem Stamm vorliegt).

---

[19] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2041

[20] Sebastian Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-414

[21] Erster Zwischenbericht Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte vom 13.06.2012, Band 197, S. 5 f.

[22] Das Kind wurde am 15.11.2011 als „Infektion“ gemeldet, Band 100, S. 71, Klarname dazu in der internen Liste „Zeitlicher Verlauf ESBL Neonatologie 2011“, Band 100, S. 69. Auch in der auf der Station angelegten Akte „Chronik November 2011“, Band 112, ist das Kind auf S. 332 mit dem Hinweis „Infektion“ und auf S. 335 mit dem Hinweis „Sepsis“ geführt, auf S. 334 als „Infekt.?“ und auf S. 415 als „ESBL-Klebsiellen Sepsis (Besiedlung lt. [Name unleserlich])“. In der Patientenakte ist in der Pflegedokumentation am 20.07.2011 vermerkt: „keine Antibiose, keine Reintubation bei neuer Infektion“, Band 28, S. 510. Im Stauch-Bericht ist das Kind ebenfalls als Infektion geführt, da es zwar keinen Nachweis einer Sepsis (Blutkultur) gibt, aber eine Behandlung mit Carpabenem erfolgte, Band 50, S. 10.

Der Untersuchungsausschuss kann nicht feststellen, wie viele der erkrankten, aber nicht verstorbenen Kinder durch die Infektion gesundheitliche Schädigungen davongetragen haben. Da die Kinder sich noch sehr früh in ihrer Entwicklung befinden, können solche Schädigungen auch erst später offenkundig werden.

Anzahl der betroffenen Kinder im Verlauf des Keimausbruchs

	Ausbruchsstamm				Klebsiellen, nicht Ausbruchsstamm			
	An Infektion verstorben	Verstorben, Zus.-hang unklar	Infiziert = erkrankt, nicht verstorben	Besiedelt = nicht erkrankt (davon verstorben)	An Infektion verstorben	Infiziert und verstorben, Zus.-hang unklar	Infiziert, nicht verstorben	Besiedelt (davon verstorben)
Januar 2009			1					2
März-Aug. 2009					1			2
Januar 2010					1		1	1
2011	3	1	6	20 (1)				2
Febr. 2012	1			4 (1)				
Mai-Juni 2012				1				1
Summe	**4**	**1**	**7**	**25 (2)**	2		1	8

[23]

Gesundheitliche Schädigungen durch die Infektionswelle

Gesundheitliche Schädigungen können nicht nur durch die Infektion selbst verursacht werden, sondern auch durch die **Behandlung** infolge der Infektion. Eine Infektion kann chirurgische und andere Eingriffe erforderlich machen, die den Körper stark belasten. Auch die Antibiotika, die zur Behandlung der Infektion gegeben werden – oder möglicherweise auch, bei äußerlicher Besiedlung mit dem Erreger, zur Verhinderung einer Infektion –, haben erhebliche Nebenwirkungen. Gesundheitliche Schädigungen durch die Infektionswelle können daher auch Kinder betreffen, die nicht an dem Erreger erkrankt sind, aber wegen des Erregers mit starken Medikamenten behandelt wurden, mit denen sie ohne den Keimausbruch nicht behandelt worden wären.

Die Infektion mit dem Ausbruchsstamm kann den Tod von Kindern mitverursacht haben, auch wenn die eigentliche **Todesursache** eine andere war. Insbesondere das Risiko von Hirnblutungen oder Nierenversagen wird durch Infektionen bei Frühgeborenen erhöht.[24] Stabilisierungsversuche durch operative Eingriffe können andere Infektionen nach sich ziehen. Bei Todesfällen von Kindern, die mit dem Keim infiziert waren, muss daher eine mögliche Mitursächlichkeit der Infektion für den Tod einbezogen werden. Das betrifft vor allem das Kind, das in 2011 an einer Infektion mit dem Ausbruchsstamm erkrankt war und an einer Hirnblutung verstarb.[25]

Angesichts der vielfältigen Mängel und des komplexen Organisationsversagens der Krankenhaushygiene auf der Frühgeborenen-Station kann auch bei Kindern, die im Zeitraum des Ausbruchs mit einem **anderen Klebsiellen-Stamm** als dem Ausbruchsstamm infiziert

[23] Eigene Zusammenstellung

[24] Markus Bergmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 4-651; Peter Schönhöfer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 8-991; Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4794

[25] Patientenakte Band 28 S. 410 ff.

wurden, nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden, dass sie Teil der Infektionswelle sind. Wenn die Infektionen im Krankenhaus erworben wurden (d.h. später als 72 Stunden nach der Geburt auftraten[26]), im Zeitraum des Ausbruchs auftraten und es sich um eine Klebsiellen-Infektion handelt, muss in Betracht gezogen werden, dass die Mängel des Hygienesystems die Infektion ebenso verursacht haben, wie sie die Infektionen mit dem Ausbruchsstamm verursacht haben. Das betrifft vor allem ein im Mai 2009 an einer Klebsiellen-Sepsis verstorbenes Kind und zwei Kinder, die im Januar 2010 mit Klebsiella oxytoca infiziert wurden und von denen eines verstorben ist und das andere andauernde gesundheitliche Schäden erlitt. Bei einem weiteren Kind, das im März 2011 im Zusammenhang mit einer bakteriellen Sepsis verstarb, ist der Erreger nicht bekannt und der Erwerb der Infektion im Krankenhaus fraglich, so dass hier nicht von einem Zusammenhang mit dem Ausbruch und seinen Ursachen auszugehen ist.[27]

Insgesamt befanden sich im Zeitraum Januar 2009 bis November 2011 190 sehr kleine Frühgeborene (Geburtsgewicht unter 1.500 g) auf der Station[28], die alle einem erhöhten Risiko und grundsätzlich einer durch das Krankenhaus verursachten, für sie lebensgefährlichen Situation ausgesetzt waren.

Betroffene Stationen

Vom Ausbruch betroffen waren die Stationen 4027 (Neonatale Intensivstation) und 4028 (Pädiatrische Intensivstation) sowie die Station 3911 (Kinderchirurgie). Die Stationen 4027 und 4028 befanden sich in unterschiedlichen Gebäuden, bildeten aber eine organisatorische Einheit und wurden teilweise vom selben ärztlichen und pflegerischen Personal betreut. Während die Station 4027 räumlich im Gebäude der Frauenklinik liegt, liegen die Station 4028 und 3911 und alle weiteren Stationen der Kinderklinik in einem anderen Gebäude. Zwischen den drei Stationen fand intensiver Patientenaustausch statt. Das Reinigungswesen ist dagegen nach Gebäuden organisiert.

Der Keimausbruch erstreckte sich somit auf mehrere Stationen. Hauptbetroffen war jedoch die Station 4027. Dass sich trotz intensivem Patienten- und Personalaustausch die überwiegende Mehrzahl der Keimnachweise auf diese Station konzentrierte, muss als Beleg dafür gelten, **dass hauptursächlich für die Infektionswelle solche Faktoren waren, in denen sich die Station 4027 von den anderen unterschied,** vor allem die erheblich schlechtere Personalausstattung. Obwohl der Keim auf allen drei Stationen seit 2009 immer wieder auftrat, eskalierte die Situation nur auf der 4027.

Es gibt bis heute keine Nachweise des Ausbruchsstamms außerhalb der Kinderklinik. Es muss jedoch betont werden, dass die Mängel und Strukturen, die zu der Infektionswelle führten, nicht auf die Frühgeborenen-Station und die Kinderklinik begrenzt waren. Eine Überprüfung der Risikosituation auf anderen Stationen, die zu den hygienischen Hochrisiko-Bereichen gehören, ist daher angeraten.

---

[26] Nationales Refenzzentrum, Neo-KISS-Protokoll, Surveillance bei nosokomialer Infektionen bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500g, Stand 22. Dezember 2009, S. 17, http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/download/NEOKISSProtokoll221209.pdf

[27] Klebsiellen unterscheiden sich von anderen bakteriellen Erregern u.a. durch ihre Überlebensdauer auf unbelebten Flächen und durch die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Kontakt zur Ansteckung führt, so dass bei nosokomialen Infektionen mit anderen Erregern nicht darauf geschlossen werden kann, dass dieselben Mängel im Hygienesystem dafür ursächlich waren. Bei dem zuletzt genannten Kind ist eine Fruchtblaseninfektion vor der Verlegung dokumentiert, was gegen eine im Krankenhaus erworbene Infektion des Kindes spricht.

[28] Neo-KISS ZKB NEO 1, Jährlicher Verlauf, in Band 12, S. 741 ff.

5. Zusammenfassung der Feststellungen[29]

(1) Auf der Frühgeborenen-Station des Klinikum Bremen-Mitte hat es eine **Vielzahl von Mängeln** gegeben, die sich negativ auf die Patientensicherheit und die Qualität der medizinischen Versorgung ausgewirkt haben. Schwerwiegende Mängel bestanden hinsichtlich der personellen Ausstattung, der Qualifikation des Personals, der Reinigung und Desinfektion, des Hygienemanagements, der ärztlichen und der mikrobiologischen Dokumentation, des Meldewesens, der baulichen und organisatorischen Situation. Viele dieser Mängel bestanden schon jahrelang.
Die meisten dieser Mängel waren auch **bekannt**. Fast alle Mängel waren zu irgendeinem Zeitpunkt berichtet und vorgetragen worden. Dies blieb jedoch ohne Wirkung. Trotz vielfältiger Hinweise wurden diese Mängel von den Leitungsstrukturen der Kinderklinik, des KBM und der GeNo und von der senatorischen Behörde nicht zur Kenntnis genommen. Die GeNo und der Eigentümer, die Stadtgemeinde vertreten durch den Senat, haben diese Mängel faktisch **akzeptiert**.

(2) Für den Keimausbruch, der zum Tod von mindestens vier Frühgeborenen durch Infektion und zu einer nicht abschließend bekannten Zahl von erkrankten und geschädigten Früh- und Neugeborenen geführt hat, ist bislang keine Quelle, kein klarer Eintragsvektor und kein isoliert zwingender Barrieremangel als Ursache ermittelt worden. Die Ursache des Ausbruchs liegt in einem komplexen **Organisationsversagen**, bei dem **nahezu alle Bestandteile des Multibarrierensystems schwere Mängel** aufwiesen, so dass das System insgesamt der Herausforderung durch resistente Keime nicht gewachsen war.

(3) Eine der direkten Ursache des Keimausbruches und der generellen Patientengefährdung war die **personelle Unterausstattung** in der Pflege. Es ist bekannt und durch die KRINKO als Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis gewertet, dass eine zu niedrige Ausstattung mit qualifizierten und erfahrenen Pflegekräften die Wahrscheinlichkeit von Keimübertragungen auf Frühgeborenen-Stationen erhöht. Genau dies war in der Frühgeborenen-Abteilung des KBM der Fall. Die **KRINKO-Empfehlung** hinsichtlich des Pflegeschlüssels wurde zu keinem Zeitpunkt eingehalten, die Klinikleitung sah auch gar keine Veranlassung dazu. Die Personalausstattung lag seit Januar 2010, als die Bettenzahl ohne Personalausgleich erhöht wurde, um 40 % unter der von der KRINKO empfohlenen Personalstärke: Notwendig wären bei 16 Betten mindestens 40 Vollzeit-Pflegekräfte gewesen, real waren es 25. Die als kritisch anzusehende Grenze einer Betreuung von 3 Patienten pro Pflegekraft wurde seit Januar 2010 systematisch überschritten. Schichten mit 1:4 waren an der Tagesordnung, in einzelnen Schichten lag das Verhältnis bei 1:5 oder gar 1:6. Selbst die eigenen (zu geringen) Mindest-Schichtbesetzungen der Beschäftigten wurden regelmäßig unterschritten. Überlastungs-Anzeigen und Protestbriefe blieben folgenlos. Der Anteil von Pflegekräften mit Fachweiterbildung lag mit 20-25 % weit unter der vom Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlenen (allerdings erst ab 2015 verpflichtenden) Marge von 40 %.

(4) Die **Zentralisierung der Frühgeborenen-Behandlung** im KBM war eine betriebliche Fehlentscheidung, die ausschließlich der gewinnorientierten Unternehmenspolitik geschuldet war. Die Bettenzahl wurde um 33 Prozent erhöht ohne jede Personalaufstockung, das Betreuungsverhältnis wurde dadurch massiv verschlechtert. Die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschuss für Mindestmengen in der Frühgeborenen-Behandlung war dabei lediglich ein willkommener Vorwand für die

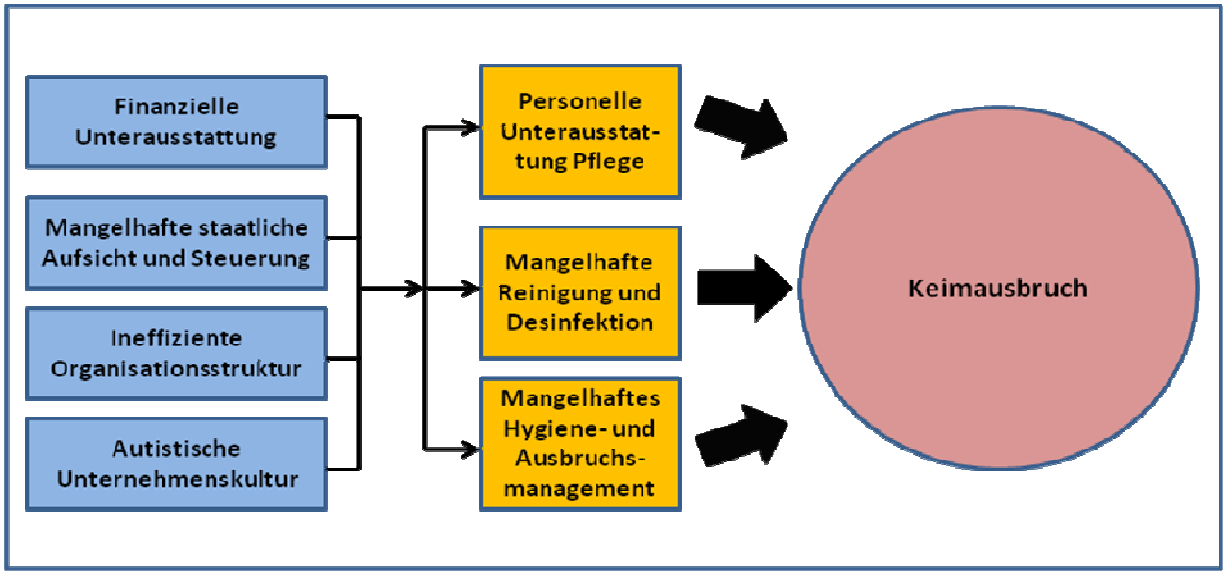
[29] Für Quellennachweise und Belege siehe die entsprechenden Kapitel in Teil III und IV.

Zentralisierung. Die Zentralisierung sollte 1,2 Millionen Euro Erlöse nach Mitte verlagern und unmittelbar 569.000 Euro pro Jahr einsparen (was dem ersatzlosen Abbau der 10 Pflegekräfte entspricht, die in der Neonatologie in LdW eingesetzt waren). Durch den ursprünglich geplanten Ausbau der Bettenzahl bis auf 20 sollte der Gewinn nochmals gesteigert werden. Die Qualitätszahlen spielten bei der Entscheidung für die Zentralisierung in Mitte keine Rolle.

(5) Eine weitere direkte Ursache war die unzureichende Qualität der **Reinigung und Desinfektion**. In der Reinigung wurden schwerwiegende Hygienefehler begangen. Umgebungsuntersuchungen dokumentieren eine allgemein unzureichende Qualität der Desinfektion und der hygienischen Situation. Die wiederkehrende Verkeimung von Reinigungseimern, wodurch die Desinfektion ad absurdum geführt wird, wurde dokumentiert, führte aber zu keinen weiteren Nachforschungen. Die Qualifikation der Reinigungskräfte, die Handlungsanweisungen, die Einbindung des Hygienemanagements und die Zeitvorgaben waren unzureichend. Die zuverlässige Einbindung der Reinigungskräfte in die Station durch feste Personalzuordnung war nicht gegeben. Die Mängel bei der Reinigung haben dazu beigetragen, dass Keime nicht beseitigt und möglicherweise systematisch verschleppt wurden.

(6) Die Verschlechterung des Reinigungssystems war die Folge der **Auslagerung der Reinigung** in eine Servicegesellschaft (GND), die zwar formal eine Tochtergesellschaft der GeNo war, jedoch vollständig von einer **privaten Dienstleistungsfirma (R+S Dienstleistungen)** gemanagt wurde. Organisation und Kontrolle des Reinigungswesens, Personal- und Qualitätsmanagement, Zeit- und Leistungsvorgaben wurden nicht von der Klinik, sondern von der R+S vorgenommen. Damit einher ging eine Heraufsetzung der Leistungsvorgaben und damit eine Senkung der für die Reinigung zur Verfügung stehenden Zeit, so dass sich die Reinigungsleistung ab Herbst 2009 verschlechterte. Durch Entscheidung der Geschäftsführung des KBM wurden ab Ende 2010 die zusätzlich bezogenen Reinigungseinsätze (Regiestunden) gekürzt, so dass der Umfang der Reinigungsleistung in 2011 nochmals niedriger lag.

(7) Eine dritte direkte Ursache war das **mangelhafte Hygienemanagement**. So hat die Leitung der Kinderklinik es versäumt, Keimbefunde korrekt zu dokumentieren und auszuwerten. Sie hat dadurch verursacht, dass der Ausbruch monatelang nicht entdeckt wurde und dass Infektionen später mit wirksamen Medikamenten behandelt wurden, als es bei vollem Wissensstand erfolgt wäre. Dieses Versäumnis lässt sich nicht auf die Überlastung der Station seit der Zentralisierung zurückführen, sondern ist auch für die Jahre davor belegt. Die zentrale Bedeutung der pflegerisch Beschäftigten für eine gute Krankenhaushygiene und damit für die Patientensicherheit wurde verkannt. So kämpfte die Klinikleitung zwar um die ärztliche Personalausstattung, engagierte sich aber nicht gegen den Abbau beim pflegerischen Personal.
Die ärztliche Geschäftsführung des KBM hat ihre Verantwortung für eine korrekte Keimdokumentation nicht wahrgenommen und sich damit zufriedengegeben, dass Auswertungen Monate später von der Bundesebene übermittelt wurden. Auch hier handelte es sich nicht um Überlastung, sondern um eine vollständige Unterschätzung der Anforderungen, die resistente Keime an die heutige Organisation der Krankenhaushygiene stellen.



(8) Die Frühgeborenen-Station hätte **erheblich früher geschlossen** werden müssen. Spätestens am 8. August, nachdem ein Kind an einer Blutvergiftung durch ESBL-Klebsiellen verstorben war, seit 30.04.2011 insgesamt 6 Keimnachweise mit ESBL-Klebsiellen dokumentiert waren und es sich in 2 dieser Fälle definitiv um den gleichen Keimstamm handelte, wäre dieser Schritt notwendig gewesen.

(9) Das **Ausbruchsmanagement** war mangelhaft und nicht zielführend. Die im November eingesetzten Teams Krisenstab und Umsetzungsrunde) entsprachen nicht den Vorgaben der KRINKO für ein Ausbruchsmanagement-Team. Die GeNo richtete den Fokus hauptsächlich auf die Bekämpfung des Imageverlustes, nicht auf die Aufklärung der Ursachen des Keimausbruchs.

(10) Die **Wiedereröffnung der Station** am 9. Januar 2012 erfolgte, ohne wesentliche Mängel abgestellt zu haben. Der Zeitplan der Wiedereröffnung folgte rein betriebswirtschaftlichen Erwägungen und war Teil der Verdrängung von Missständen, die bereits offenkundig waren. Die Klinik hatte zu diesem Zeitpunkt Hinweise auf anhaltende Probleme mit der Reinigung und der Desinfektion. Am 20. Januar 2012, noch vor der Geburt der beiden im Februar 2012 verstorbenen Kinder, erhielten Klinikleitung und GeNo-Leitung Hinweise auf schwere Reinigungsmängel mit der Gefahr der Keimverschleppung. Auch dies hätte zu einem sofortigen **Aufnahmestopp** führen müssen.

(11) Die personelle Unterausstattung, die Qualitätsverschlechterung der Reinigung und teilweise auch die Mängel im Hygienemanagement gehen zurück auf die **finanzielle Unterausstattung der kommunalen Kliniken** im Rahmen des sogenannten **„Sanierungskonzepts“** der GeNo. Das „Sanierungskonzept“ bestand aus einer systematisch fehlgesteuerten Personalentwicklung, nämlich einem extremen Personalabbau, um die geplante 100prozentige Selbstfinanzierung des Klinikneubaus am KBM zu ermöglichen.
Nach dem geltenden System der dualen Krankenhausfinanzierung sind die Krankenkassen für die Finanzierung des laufenden Betriebs zuständig, die Bundesländer für die Investitionskosten. Der Senat hatte jedoch im Einvernehmen mit der GeNo-Leitung beschlossen, dass die Kosten des TEN durch Einsparungen im laufenden Betrieb finanziert werden sollten, um dem Land die Investitionskosten zu sparen.

Die Auslagerung der Reinigung war ebenfalls vom Senat beschlossen worden, um Ausgaben der GeNo zu senken.

(12) Der Personalabbau wurde von GeNo-Leitung und Ressort **als vermeintliche Anpassung an Bundesstandards bemäntelt**. In Wahrheit wurde der Personalabbau so kalkuliert, dass er ab 2012 die jährlichen Finanzierungskosten des TEN erbringen sollte, die mit 22 Mio. Euro jährlich veranschlagt waren, und ab 2015 noch darüber hinaus Gewinne „erwirtschaften“ sollte. Case-Mix (Fallschwere) und Teilambulanz wurden beim Vergleich mit Bundesdurchschnitten außen vor gelassen und damit die Personalentwicklung systematisch fehlgesteuert. Eine Überprüfung oder Aktualisierung der Zahlen wurde niemals vorgenommen. Ihr einziger Zweck bestand in der Legitimierung der Vorgaben des Sanierungsplans.

(13) Der Personalabbau wurde im Sinne einer **‚Schock-Strategie‘** umgesetzt. Weder gab es ein begleitendes Risikomanagement, noch eine langfristige Umsetzung, welche den bekannten problematischen Folgen (Überalterung, Dequalifizierung, Arbeitsverdichtung, Demotivation usw.) gegengesteuert hätte. Die Umsetzung durch einen „Einstellungs-Stopp“ führte dazu, dass insbesondere im pflegerischen Bereich noch mehr Personal abgebaut wurde als geplant. Dieser ‚Über-Abbau‘ wurde bewusst in Kauf genommen und angestrebt, um die Gesamtzielzahlen zu erreichen. GeNo-Leitung, Senat und Aufsichtsrat bemühten sich, die Abbauzahlen noch zu übertreffen. Die Personalstärke in den beiden Kinderintensivstationen lag bereits unter der von der Firma KPMG vorgegebenen (ebenfalls unsachgemäßen) Zielzahl. Nach der Planung der KBM-Geschäftsführung sollte die Zahl der Pflegekräfte aber noch weiter abgesenkt werden.

(14) Die **staatliche Krankenhausaufsicht war wirkungslos** in Bezug auf die vielfältigen Mängel und Risiken für die Patientensicherheit. Die Frequenz der Begehungen durch das **Gesundheitsamt** war viel zu niedrig. Ursache dafür ist die unzureichende Personalausstattung des Amtes.

(15) Auch das **zuständige Senatsressort und seine Abteilung für Gesundheit** nahmen bis zum November 2011 keinen Einfluss, um die Risiken für die Patientensicherheit zu bekämpfen. Einerseits waren auch hier die Kapazitäten zu gering, um mit den Entwicklungen im Bereich von Krankenhausinfektionen Schritt zu halten. Andererseits war es erklärte Politik des Ressorts, die Fachabteilung aus der Steuerung des kommunalen Klinikkonzerns draußen zu halten. Hier liegt eine **Selbstabschaffung der Politik** vor, die vom Senat gewünscht und bewusst strukturell gewählt wurde.

(16) Der Senat hat einerseits zentrale Kürzungsvorgaben für die Entwicklung der kommunalen Kliniken beschlossen, andererseits aber die Fachaufsicht abgeschafft, sich um entstehende Risiken nicht gekümmert und keine Verantwortung für die Ergebnisse seiner Vorgaben übernommen. Darin offenbart sich eine **strukturelle Fehlsteuerung der kommunalen Kliniken**. Die Kombination aus öffentlichem Eigentum und privater Rechtsform wurde vom Senat missbraucht: Den kommunalen Kliniken wurde eine rigide neoliberale Ökonomisierung vorgeschrieben und ihnen ein Antrag auf Landesinvestitionen für den Neubau faktisch verboten. Durch die permanente Insolvenzdrohung hat der Senat in Zusammenarbeit mit der GeNo-Führung ein Klima aufgebaut, in dem Ausgabenkürzung zum zentralen Unternehmenswert wurde. Der Abbau von Personal und das Einhalten und Übertreffen des Wirtschaftsplans wurden zur absoluten Priorität der GeNo, dem alles andere nach- und untergeordnet wurde. Für die Gewährleistung von Patientensicherheit und die nachhaltige Entwicklung medizinischer

Qualität hat sich dieses Organisationsmodell als **hochgradig ineffizient** und kontraproduktiv erwiesen.

(17) Mehrfach wurden Strukturentscheidungen gefällt, bei denen Bequemlichkeit und Ausgabensenkung ausschlaggebend waren, die aber eine mitursächliche Wirkung für die Infektionswelle und die Todesfälle hatten. So wurde im Jahr 2006 nach dem Ausscheiden von Klaus Albrecht als Leiter der Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin die Leitung nicht neu besetzt, sondern **die Frühgeborenen-Klinik der Prof.-Hess-Kinderklinik zugeschlagen**. Damit wurde die Leitungskapazität halbiert, die fachliche Eigenständigkeit der Frühgeborenen-Abteilung geschwächt und die Neonatologie dem direkten Interesse der weiterbehandelnden Abteilungen an der Generierung möglichst hoher Patientenzahlen ausgesetzt. Dies wirkte als ein weiterer Faktor, der eine frühzeitige Schließung oder zumindest einen frühzeitigen Aufnahmestopp mit verhinderte.

(18) Die Ineffizienz der Organisationsstrukturen war Ausdruck einer von Senat, GeNo-und KBM-Leitung etablierten **Hochrisiko-Kultur**, von der die innerbetrieblichen Abläufe und Strukturen vollständig durchdrungen wurden. Die Hygienestrukturen waren systematisch personell unterbesetzt. Damit ist insbesondere in den Hochrisikobereichen gezielt Gewinn auf Kosten von Patientensicherheit angestrebt worden. In weiten Bereichen herrschte eine **organisierte Verantwortungslosigkeit**. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten waren unklar und wurden durch neue Unternehmensstrukturen (Zentrenkonzept, Auslagerung, Zentralisierung patientenferner Dienstleistungen usw.) zusätzlich verunklart. Ökonomisch relevante Entscheidungen wurden zentral durchgestellt, medizinische und hygienische Verantwortungen waren viel zu schwach aufgestellt.

(19) Wichtige Entscheidungen wurden an **private Unternehmensberatungen** delegiert oder ungeprüft aus deren Darstellungen abgeleitet. Die Orientierung an PwC oder KPMG ersetzte die Orientierung an medizinischen Standards und markierte die Verbetriebswirtschaftlichung der Gesundheitsfürsorge. Die teuer bezahlten Gutachten (Selbstfinanzierung des Neubaus und Personalabbau-Planung) haben sich in beiden Fällen als **falsch und unverantwortlich** erwiesen.

(20) In der GeNo-Leitung und in der KBM-Leitung herrschte eine **autistische Unternehmenskultur**, in der Probleme nicht wahrgenommen und bearbeitet, sondern systematisch weggedrückt wurden. Diese Kultur ist dafür verantwortlich, dass berichtete Mängel zu keinen Reaktionen führten. Mail- und Schriftwechsel zur Patientengefährdung durch die Personalsituation, dokumentierte Keimbefunde und Reinigungsmängel, Überlastungsanzeigen, Vorträge im Konzernbetriebsrat, in den Leitungsrunden der Kinderklinik und in der Hygienekommission blieben ohne Folgen und wurden nicht ernst genommen.

(21) Senat, GeNo-Leitung und KBM-Leitung haben eine **Wagenburg-Mentalität** aufgebaut, die sich gegen Kritik und Warnhinweise immun machte. Auch Monate nach der Entdeckung des Keimausbruchs wurde penetrant behauptet, dass alles in Ordnung ist und Hinweise auf Mängel in der Fehlinformation, Unkenntnis und in den zweifelhaften Motiven dessen begründet sind, der sie vorbringt. Kritische Feststellungen externer Experten wurden reflexhaft damit beantwortet, die persönliche Glaubwürdigkeit des Kritikers in Frage zu stellen. Stattdessen wurden Privatmythen kommuniziert, die auf die Entschuldung der Verantwortlichen zielten: Überhöhte statistische Mortalitätsraten bei Frühgeborenen, die angebliche Unvermeidbarkeit von Keimausbrüchen, die vermeintlich

belegte ausreichende Personalausstattung usw. Insbesondere in der Phase nach Öffentlichwerden des Ausbruchs wurde die **Öffentlichkeit dadurch gezielt fehlinformiert**. Die GeNo-Leitung hat sich dafür noch von einem externen Kommunikationsberatungs-Unternehmen beraten lassen.

(22) Der Senat hat bis heute **widersprüchliche Signale** gegenüber seinen kommunalen Kliniken ausgesendet. Einerseits betont der Senat gern öffentlich, er stehe zur kommunalen Trägerschaft. Gleichzeitig wird aber die Drohung des Verkaufs und der Privatisierung beständig aufrechterhalten. Bereits bei der Einrichtung des kommunalen Klinikverbunds wurde eine strukturelle Unterkapitalisierung insbesondere des Klinikum Bremen-Mitte vorgegeben, die als Druckmittel wirkte, um Belegschaft und Betriebsrat mit der permanenten Insolvenzdrohung einzuschüchtern und auf die Vorgaben der „Sanierung“ einzuschwören. Dieser „**Double-Bind**“ ist bis heute ungebrochen und setzt sich in der aktuellen Gesetzesvorlage fort, die Kliniken explizit vom beabsichtigten Volksentscheid-Vorbehalt bei Privatisierungen auszunehmen.

(23) Die **Verantwortung** für die personelle Unterbesetzung in der Pflege auf der Station und für das mangelhafte Hygiene-Management (zwei der drei **direkten Ursachen**) liegt bei der Geschäftsführung der GeNo, den Geschäftsführungen des KBM und der Leitung der Kinderklinik. Die Hauptverantwortung für die mangelhafte Reinigung und Desinfektion (die dritte direkte Ursache) liegt bei der Firma R+S, die mit der Leitung der Servicegesellschaft GND beauftragt wurde, sowie bei der Geschäftsführung des KBM, die Leistungskürzungen hinnahm (Reinigungszeiten) bzw. darauf hinwirkte (Senkung der Regieleistungen), bei der Leitung der Kinderklinik, die eine schlechtere Reinigungsausstattung der Neonatologie im Vergleich zur Kinderklinik akzeptierte, sowie bei der Geschäftsführung der GeNo, von der die Wirtschaftspläne gebilligt werden mussten. Der Senat war über seine Position in den Aufsichtsräten in diese Entscheidungen eingebunden.

(24) Die **Verantwortung** für die **indirekten und teilweise auch die direkten Ursachen** des Keimausbruchs (den fehlgeleiteten Personalabbau, die Zentralisierung ohne Personalaufstockung, die Auslagerung der Reinigung, die systematische Unterfinanzierung der kommunalen Kliniken, den Aufbau einer Hochrisiko-Unternehmenskultur bei den kommunalen Kliniken) liegt beim **Senat Böhrnsen II**. Der Senat hat in den Jahren 2007 bis 2009 die entsprechenden Beschlüsse gefasst und diese der GeNo-Leitung zur Vorgabe gemacht. Die kommunalen Kliniken wurden in der Art privater Unternehmen geführt, der Orientierung auf Gewinnmaximierung oberste Priorität beigemessen. Entscheidendes Ziel war es, die kommunalen Kliniken zur Haushaltssanierung zu verwenden, indem ihnen die Selbstfinanzierung der Krankenhaus-Investitionen aus dem laufenden Betrieb auferlegt wurde.

(25) Die **2006-2011 zuständige Senatorin für Gesundheit** und der 2007-2011 tätige Staatsrat für Gesundheit haben bei der Führung der kommunalen Kliniken versagt. Die 2008 mit der ausdrücklichen Empfehlung der damaligen Gesundheitssenatorin beschlossene Senatsvorlage zur Sanierung der Klinken war politisch unverantwortlich. Die vorgelegte Behauptung eines Personalüberhangs von 17 Prozent hätte einfachen Plausibilitätsrechnungen nicht standgehalten, wenn sie denn durchgeführt worden wären. Es ist unverständlich, wie ein derart weitreichender Beschluss, der den größten öffentlichen Arbeitgeber des Bundeslandes und die Gesundheitssicherheit fast aller seiner BürgerInnen betraf, auf einer derart fehlerhaften und tendenziösen Grundlage gefasst werden konnte. Dieser Vorwurf richtet sich allerdings nicht nur an die damalige

Gesundheitssenatorin, sondern ebenso an die Finanzsenatorin und an die Staatsräterunde, in der diese Vorlage vorbesprochen wurde. Ähnliches gilt für die Vorlage zur Auslagerung des Reinigungsdienstes.
Das Senatsressort hat sich für die inneren Verhältnisse seiner kommunalen Klinken nicht interessiert. Es hat sich von den Geschäftsberichten der GeNo-Leitung blenden und von deren Selbstrechtfertigungen verführen lassen.

(26) Durch den Wechsel der Gesundheitssenatorin und die öffentliche Aufarbeitung des Keimskandals setzte eine gewisse Emanzipation von der Selbstherrlichkeit der GeNo-Leitung und von den Dogmen der 17. Legislaturperiode ein, die inzwischen zu einem weitestgehenden **Auswechseln der Leitungsebene der GeNo und des KBM** geführt und eine erneute Wiedereröffnung der Station verhindert hat.
Für das mangelhafte Ausbruchsmanagement und die verfrühte Wiedereröffnung der Station trägt die **seit Juni 2011 amtierende Gesundheitssenatorin** insofern eine Aufsichtsverantwortung, als beide hauptsächlich von der GeNo-Geschäftsführung zu verantworten, aber vom Gesundheitsamt mitzuverantworten sind. Das Gesundheitsamt wie auch die senatorische Behörde war an beiden Punkten völlig überfordert, was auf die personell und fachlich schwache Aufstellung sowie den faktischen Autoritätsmangel von Amt und Behörde zurückgeht, die in den Jahren zuvor etabliert worden waren.

(27) Die Bundesregierungen haben seit mehreren Legislaturperioden dazu beigetragen, den **Kostendruck auf die Krankenhäuser** zu erhöhen, indem Budgets von vorneherein begrenzt wurden und keine Maßnahmen getroffen wurden, um die Refinanzierung z.B. von Tarifsteigerungen sicherzustellen. Auch wurden im Rahmen des DRG-Systems keine Vorkehrungen getroffen, verpflichtende Qualitätsstandards und Personalschlüssel einzuführen, damit nicht in sensiblen Bereichen an der Patientensicherheit gespart werden kann. Ebenso haben aber auch die Länder ihre Leistungen für die **Krankenhaus-Investitionen**, die gesetzlich in die Verantwortung der Länder fallen, seit 1991 real halbiert. Die Finanznot der Länder und Kommunen wird von diesen an die Krankenhäuser weitergegeben, indem diese Investitionen zusätzlich aus dem laufenden Betrieb finanzieren sollen
Die **Entscheidung des Senats**, den Neubau Mitte zu 100 Prozent von der GeNo und vor allem vom KBM durch Personalabbau zu finanzieren, stellt eine unverantwortliche Fehlentscheidung dar, die über alles hinausgeht, was andere Länder in den letzten Jahren ihren Kliniken an Eigenfinanzierung zugemutet haben.

(28) Das **Vertrauen** in die kommunalen Kliniken, insbesondere in das Klinikum Bremen-Mitte, ist erschüttert worden, weil der Öffentlichkeit nicht die **Wahrheit** gesagt wurde und weil deutlich wurde, dass nicht in ihrem Interesse gehandelt wurde. Vertrauen wird in dem Maße wieder hergestellt werden, wie der Senat, die neue GeNo-Leitung und die KBM-Leitung unter Beweis stellen, dass sie die Lehren aus den Keimvorfällen zu ziehen bereit sind und dass sie einen klaren Bruch zur Politik der Beschwichtigung, der Beschönigung und der Ausbeutung der kommunalen Kliniken vollziehen. Patienten und Beschäftigte waren die Leidtragenden des vom Senat diktierten „Sanierungskurses“. Die Bevölkerung konnte sich unter dem eingeschlagenen Kurs nicht mehr als Eigentümer der kommunalen Kliniken fühlen, sondern als ein Anhängsel, dessen CaseMix-Punkte erwünscht, dessen Ansprüche aber störend sind. Ähnliches gilt für die Belegschaften. Die Herausforderung durch multiresistente Keime erfordert eine neue, moderne Medizinkultur, die aufgeklärt, teamorientiert, partizipativ, transparent und demokratisch ist. Kommunale Kliniken sind eine Chance dafür.

II. Kritische Bewertung der Sachaufklärung durch den Untersuchungsausschuss

1. Politische Einflussnahme auf die Ausschussarbeit

Der Ausschuss musste seine Arbeit unter einem massiven Zeitdruck leisten. Die Regierungsfraktionen verfolgten ursprünglich das Ziel, der Ausschuss müsse innerhalb eines Vierteljahres die öffentlichen Anhörungen abschließen. Dem lag die – irrige – Auffassung des Senats und der GeNo-Leitung zugrunde, je schneller der Ausschuss seine Arbeit beende, umso schneller könne die Vertrauenskrise – und damit auch die Ertragskrise – des KBM überwunden werden. Die Regierungsfraktionen versuchten daraufhin mit ihrer Ausschussmehrheit einen derart engen Zeitplan durchzusetzen, dass kaum noch eine ernsthafte Vorbereitung auf die Anhörungen möglich gewesen wäre und der damit die Aufklärungsarbeit des Ausschusses klar behindert hätte. Nach massiven Protesten beider Oppositionsfraktionen konnte hier ein Kompromiss erreicht werden. Im Zuge der erneuten Keimausbrüche und der Fülle der ans Licht kommenden Mängel hatte sich der Plan, dem Klinikverbund durch einen möglichst schnell abgeschlossenen PUA unangenehme Presse zu ersparen, ohnehin bald erledigt.

Zu einem späteren Zeitpunkt wurde versucht, Druck auf eine schnelle Beendigung der Ausschussarbeit zu erzeugen, indem verstärkt auf die Kosten des PUA hingewiesen wurde. Angesichts der um ein Vielfaches höheren Kosten der GeNo-Finanzkrise, die entstanden sind weil jahrelang *nichts* öffentlich untersucht wurde, konnte dieser Aspekt allerdings nicht greifen.

2. Blockade von Beweisbeschlüssen durch die Ausschussmehrheit

Bei der Einsetzung des Ausschusses durch die Bürgerschaft hatten die drei anderen Fraktionen es mit ihrer Mehrheit verhindert, dass die Frage nach der Rolle, die der Personalabbau für den Keimausbruch gespielt hat, in den Untersuchungsauftrag mit aufgenommen wurde. In der Praxis stellte sich schnell heraus, dass dies eine der Hauptfragen war, die vom Ausschuss auch entsprechend untersucht wurde.

In der Ausschusssitzung am 12. April wurden mit den Stimmen von SPD, Grünen und CDU bereits seit längerem angenommene Beweisanträge der LINKEN wieder gestrichen und auf Antrag der LINKEN bereits geladene Zeugen wieder ausgeladen. Die ursprüngliche Ankündigung, Beweisbeschlüsse würden nicht durch Mehrheitsentscheidungen verhindert, wurde damit gebrochen. Im Ergebnis wurden so u.a. zwei an der Personalplanung beteiligte externe Firmen nicht vorgeladen, als Sachverständige wurden vom Ausschuss nur (männliche) Ärzte gehört und niemand aus der Perspektive der Pflegevertretungen und der Pflegewissenschaft.

3. Aussageverweigerung

Der Ausschuss war konfrontiert damit, dass 19 geladene Zeugen vollständig und dauerhaft die Aussage verweigerten. Bis Anfang März hatten in fünf Anhörungen mit aktiven Beschäftigten des KBM lediglich die Pathologen, die Leiterin des Bremer Zentrums für Laboratoriumsmedizin und der Direktor der Zentralapotheke *nicht* die Aussage verweigert. Die komplette Geschäftsführung des KBM hatte ebenfalls die Aussage verweigert und wollte nicht einmal zu organisatorischen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten Auskunft geben. Während die Geschäftsführung so einerseits darauf verwies, dass sie sich möglicherweise

strafrechtlich belasten könnte, war andererseits sie es, von der die Akten zusammengestellt wurden, die der PUA anforderte.

Dieser Umstand und die Haltung der völligen Kooperationsverweigerung bei den Anhörungen veranlassten den PUA, selbst eine Durchsuchung des Hygieneinstituts und der Stationen vorzunehmen und Akten und elektronisch gesicherte Daten zu beschlagnahmen. Gleichzeitig war unübersehbar, dass die ‚Mauer des Schweigens‘ das Ansehen und die Glaubwürdigkeit der Klinik beschädigten. Das Vorgehen des PUA und der öffentliche Druck führten dann dazu, dass diese Mauer gebrochen wurde und auch die Geschäftsführung des KBM schließlich umfassend Auskunft gab. Dennoch sagten vom ärztlichen und pflegerischen Personal der Kinderklinik lediglich ein Oberarzt sowie der nach der Wiedereröffnung eingesetzte neue Leiter der Neonatologie aus.

Die Tatsache, dass die GeNo allen Beschäftigten einen Zeugenanwalt stellte, der sie bei den Anhörungen begleitete, hätte eigentlich die Voraussetzung dafür sein können, dass alle Beschäftigten aussagen, da sie ja Sicherheit durch einen rechtlichen Beistand hatten. Das Gegenteil war jedoch der Fall. Das Ergebnis der anwaltlichen Beratung lief offensichtlich darauf hinaus, dass so viele der Beteiligten wie nur möglich überhaupt nichts sagen sollten. Der Ausschuss war daher zur Beurteilung der Abläufe auf der Station und vieler anderer Fragen auf die Beiziehung schriftlicher Unterlagen und Dokumente angewiesen.

4. Fehlender lokaler wissenschaftlicher Sachverstand

Es war nicht möglich, zu wichtigen inhaltlichen Themen wissenschaftliche ExpertInnen von den Bremer Hochschulen zu gewinnen. Sowohl zur Krankenhausökonomie als auch zur Situation der Krankenhauspflege erklärten sich alle angefragten HochschulvertrerInnen für nicht kompetent. Dies ist schwer verständlich angesichts der Tatsache, dass die Universität Bremen ein eigenes Institut für Public Health und Pflegeforschung hat und sich verschiedene Hochschulvertreter in den lokalen Medien als Experten zum Keimvorfall interviewen ließen. Offensichtlich existiert im Bundesland keine akademische Kompetenz zu wesentlichen Fragen der Krankenhausentwicklung. Möglicherweise hat dies in der Vergangenheit zu der unseligen Tradition beigetragen, dass sich politische Entscheidungsgremien in Bremen in Fragen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge vorzugsweise auf den Rat externer bzw. privatwirtschaftlicher ‚Kompetenzanbieter‘ verlassen.

5. Unvereinbarkeit mit der Arbeitsweise als Halbtagsparlament

Bei der Neuregelung des Bremer Abgeordnetengesetzes in der 17. Legislaturperiode, bei der konsequent auf die Ausgestaltung des ‚Halbtagsparlaments‘ gesetzt wurde, waren Untersuchungsausschüsse nicht explizit berücksichtigt worden. Auch wenn Mitglieder des Untersuchungsausschusses alle anderen parlamentarischen Verpflichtungen außer Bürgerschaftswochen und Fraktionssitzungen ruhen lassen, sind mehr als zwei halbe Tage öffentliche Anhörung pro Woche nicht mit der Arbeitsweise des Halbtagsparlaments vereinbar. Von den Ausschussmitgliedern muss schließlich erwartet werden, dass sie nicht nur auf den Anhörungen anwesend sind, sondern auch die Gesamtheit der Akten lesen und sich auf die Anhörungen und internen Sitzungen vorbereiten. Die vollständige Umverlagerung anderer parlamentarischer Aufgaben und Verantwortungen innerhalb der Fraktion stößt ferner bei kleinen Fraktionen schnell an Grenzen.

Diese Tatsache wurde von den Regierungsfraktionen ignoriert und das Problem der Unvereinbarkeit letztlich auf dem Rücken der Ausschussmitglieder ausgetragen. Ein im Ausschuss erstellter Vermerk stellte fest, dass der PUA nicht an die Begrenzungen des Halbtagsparlaments gebunden sei, da er gewissermaßen einen parlamentarischen

Ausnahmezustand darstelle. Wie dieser parlamentarische Ausnahmezustand aber von den Abgeordneten mit ihrer vorgesehen Halbtags-Berufstätigkeit vereinbart werden könne, sei deren Sache. Die von SPD und Grünen ursprüngliche gewünschte Planung von 2 ganzen Anhörungstagen pro Woche hätte entweder die Zwangsbeurlaubung der Ausschussmitglieder bedeutet oder beinhaltet, dass diese ihren Ausschussaufgaben nicht mehr vollständig hätten nachkommen können.

Der erst nach harten Auseinandersetzungen erreichte Kompromiss von maximal 1 ½ ganzen Tagen öffentlicher Anhörung pro Woche stellt die Grenze dessen dar, was noch zumutbar ist. Der Ausschuss tagte in der Zeit zwischen der 6. und der 29. Kalenderwoche, d.h. von Februar bis zu den Sommerferien, jede Woche mit Ausnahme der Bürgerschaftswochen und der Osterferien, meistens einen ganzen und einen halben Tag, zweimal auch einen ganzen und zwei halbe Tage. In diesen beiden Wochen war die Grenze der Arbeitsfähigkeit erreicht.

6. Empfehlungen für Regelungen zur Ausschussarbeit

- Die qualifizierten Minderheitsrechte im Ausschuss sollten sich nicht nur auf das Recht auf Beweisbeschlüsse beziehen, sondern sich auch auf grundsätzliche Fragen insbesondere der Sitzungsplanung erstrecken.
- Auch kleine Fraktionen, die im Ausschuss nicht die qualifizierte Minderheit von 25 Prozent erreichen, brauchen ein Minimum an Minderheitsrechten hinsichtlich Beweisbeschlüssen und Zeugenladung.
- Die Möglichkeiten von Untersuchungsausschüssen, selbst Beweismaterial zu beschlagnahmen und Durchsuchungen vorzunehmen, sollten im Bremischen UA-Gesetz besser geregelt sein.
- Für Untersuchungsausschüsse, die sich ja in der Regel kritisch mit dem Regierungshandeln auseinandersetzen müssen, sollte die Ausschussleitung durch die Opposition vorgesehen sein (wie das beim Haushaltsausschuss auch der Fall ist).
- Im Bremischen UA-Gesetz sollte geregelt werden, dass die Sitzungszeiten 1 ½ Tage pro Woche nur dann im Einzelfall überschreiten können, wenn darüber Konsens unter den Ausschussmitgliedern erzielt wird.

III. Direkte Ursachen des Keimausbruchs

1. Personelle Unterbesetzung in der Pflege

1.1. Bedeutung der Personalausstattung für hygienische Risiken

„Die ‚Pflege‘ die momentan durchgeführt wird in diesem Haus, ist meiner Meinung nach verantwortungslos. Ich gehe hier mit keinem ruhigen Gewissen nach Hause.“[30]

„Die Evidenz ist sehr gut dafür, dass ein Mangel an Personal zu mehr Infektionen führt.“[31]

Den häufigsten Berührungskontakt mit den Patienten haben die Pflegekräfte. Das gilt allgemein im Krankenhaus, besonders aber auf der Frühgeborenen-Abteilung. Um mögliche Übertragungen von Keimen auf die und zwischen den Patienten zu verhindern, kommt der personellen Ausstattung mit Pflegekräften ausschlaggebende Bedeutung zu. **Je mehr Patienten die Pflegekräfte gleichzeitig betreuen** müssen und je höher die allgemeine Arbeitsbelastung ist, desto mehr **steigt das Risiko der Keimübertragung**. Das gilt einerseits, weil auch Handdesinfektion nie hundertprozentig wirksam ist, und andererseits, weil es gerade auf der Frühgeborenen-Abteilung bei ungünstigen Betreuungsverhältnissen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Fehlern bei der Handdesinfektion kommt.

„Abg. Frau Bernhard: In der Realität haben wir aber doch große Schwierigkeiten. (…) auf der einen Seite können wir jetzt davon ausgehen, dass eigentlich die Sensibilität für die Wichtigkeit von Hygiene gestiegen ist, andererseits sind wir aber konfrontiert mit einem Personalabbau. Da müssen ja logischerweise Reibungsflächen entstehen.

Zeuge Dr. Zastrow: Ja, diese Reibungsflächen gibt es auch. Wir haben auch oft gesagt, dass wir nicht zwingend mehr Personal brauchen, um gute Hygiene zu machen, wenn es um die Normalpflegestationen geht. Das ist ja die große Masse eines Krankenhauses. Oft wird gesagt, ja, das schaffen wir in der Zeit nicht, wo man sagen muss, die 30 Sekunden für Händedesinfektion, die Zeit haben Sie immer. Wenn Sie nämlich an Ihrem chirurgischen Patienten stehen, bei dem jetzt gerade einmal der Blinddarm operiert wurde oder so etwas, und wenn er seine Schnabeltasse eine Viertelstunde später bekommt, verdurstet er garantiert auch nicht. In der Neonatologie ist es aber ganz anders. Die Neonatologie ist eine absolute Ausnahmesituation, wo das Personal tatsächlich die Schlüsselposition ist.

Sie werden auch sehen, wenn Sie die RKI-Richtlinie anschauen, das ist die einzige Anlage, nämlich die Neonatologie, bei der die Personalsituation ein eigenes Kapitel bekommen hat, ganz besonders hervorgehoben (…) hier kennen wir das, weil es eben oft schiefläuft. Dann schaut man nach, und dann sagt man: Sehen Sie, Sie haben eben diesen schlechten Personalschlüssel, und dann geht das Ding hoch.[32]

„Mein Problem ist, in dem Moment, in dem wir eine Schulung machen, in dem Moment, wenn wir als Gesundheitsamt vor Ort sind, läuft es wunderbar, und es ist alles gut. In dem Moment aber, wenn die Nachtschicht beginnt, wenn die Spätschicht beginnt und

[30] Überlastungsanzeige zum 12.-13.07.2011, Station 4112 (Allgemeine Chirurgie), Band 163 S. 285 f. Es handelt sich um die Nachschicht, besetzt mit 1 Pflegekraft bei 26 belegten Betten von 35.
[31] Patrick Weißgerber (BZH), Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-549
[32] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-274 f.

dann plötzlich noch unten in der Geburtshilfe eine Frau entbindet, wofür dann noch eine Kinderkrankenschwester abgezogen wird, haben Sie plötzlich oben auf der Station ein Verhältnis von eins zu vier, eins zu fünf, eins zu sechs - für kurze Zeit, nicht für die ganze Schicht! -, dann ist es eben ein Problem, wirklich Händehygiene einzuhalten. Wenn bei einem solchen Kind dann plötzlich ein Notfall besteht, dass man schnell dorthin muss, und man war gerade an einem anderen Frühchen daran, dann ist es leider in der Praxis so, dass manchmal die Händehygiene nicht eingehalten werden kann.

Man muss sich nur klarmachen: 30 Kontakte einer Pflegekraft in einer Acht-Stunden-Schicht zu einem Kind sind nicht viel, das ist normal, und die Pflegekraft soll sich vorher und hinterher die Hände desinfizieren, das bedeutet vorher und hinterher 30 Sekunden. Bei 60-mal ist das eine halbe Stunde. Wenn eine solche Pflegekraft drei, vier oder fünf Kinder hat, sind das Stunden, die man jeden Tag nur die Hände desinfiziert, Stunden! Das ist in der Praxis ganz schwierig umzusetzen. In der Praxis gibt es da häufig Einschränkungen.“[33]

„Letztendlich ist es die Erfahrung, und ich meine, diese 30 Sekunden werden natürlich auch nicht durchgängig eingehalten, beileibe nicht, das zeigen auch Untersuchungen. Wobei man auch ganz klar sagen muss, diese 30 Sekunden sind der Idealfall. So ist es eben auch berechnet, aber es gibt dazu auch hochrangig publizierte Daten, dass sie bereits nach 15 Sekunden eine Abreicherung um den Faktor 1 000 haben, nach 30 Sekunden haben sie eine Abreicherung der Bakterien auf der Haut vielleicht um den Faktor 2 000 bis 5 000, also ein bisschen mehr noch, aber jede begonnene Händedesinfektion ist wichtig und wertvoll. Ich glaube, es muss eher der Fokus sein zu sagen, fangt mit einer Händedesinfektion an, auch wenn ihr auf dem Weg zum Patienten seid, man kann immer noch kurz guten Tag sagen oder nebenbei in die Akte sehen. Ich glaube, viel mehr ist das Problem, überhaupt zu beginnen, als es die ausreichende Einwirkzeit ist. Dies ist sicher auch ein Punkt, aber noch wichtiger ist das andere.“[34]

Der Zusammenhang zwischen personeller Unterausstattung und zunehmender Unmöglichkeit, die Anforderungen der Handdesinfektion einzuhalten, ist in den Protokollen der Hygienekommission des KBM dokumentiert als Zusammenhang zwischen personeller Überlastung und sinkendem Verbrauch von Händedesinfektionsmittel:

„Frau Fehr, Betriebsrätin, berichtet über die angestrengte Personalsituation und Arbeitsüberlastung der Mitarbeiter, die durch veränderte Bedingungen wie die Zusammenlegung von Stationen, personell wie räumlich entstanden sind. Infolgedessen werden teilweise Hygieneanforderungen nicht umgesetzt und unterbleiben. Diese Situation stellt sich in dem geminderten Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln und einer sinkenden Teilnahme im Schulungswesen dar. Herr Prof. Dr. Huppertz erklärt dies mit vorübergehenden Schwierigkeiten in Anpassungsprozessen und merkt an, dass es umso wichtiger ist, dass alle sich hygienisch korrekt verhalten und mit gutem Beispiel vorangehen.“[35]

In einer anderen Überlastungsanzeige aus dem Mai 2011 wird dieser Zusammenhang deutlich benannt:

[33] Werner Wunderle, Protokoll der öffentlichen Anhörung, 12-1554
[34] Patrick Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Anhörung, 3-561
[35] Protokoll der Hygienekommission des KBM vom 3.09.2009, Band 24, S. 402

„Rückverlegung eines MRSA-freien Patienten in das MRSA-Zimmer. Sämtliche Hygiene-Maßnahmen wurden durch die Notfallsituation [übergangen].“[36]

Entsprechende Beobachtungen dokumentiert auch der Gutachter der Staatsanwaltschaft, Walter Popp, von einer Begehung der Neonatologie in Mitte:

„Uns ist aufgefallen, dass sich die Mitarbeiterinnen doch sehr unterschiedlich gut die Hände desinfizieren. (…) Insbesondere hat [eine Mitarbeiterin] z.B. im Inkubator gearbeitet und ist dann, als der Alarm anging, mit den Händen heraus und hat den Alarmknopf ausgedrückt und danach ist sie wieder mit den Händen in den Inkubator gegangen – alles ohne Händedesinfektion zwischendurch. Das ist natürlich der klassische Fall, in dem über Geräte Keime übertragen werden können, zumal wenn man bedenkt, wie häufig der Alarm angeht.“[37]

Dies deckt sich mit dem Bericht der Eltern eines der betroffenen Kinder gegenüber der Staatsanwaltschaft:

„Was mir aber sauer aufstieß, war auf der Station 4028 in der Kinderklinik Intensivstation, ich stand da am Brutkasten meiner Tochter und konnte sehen, wie das Personal auf dem Flur frühstückte und wie anschließend ein Alarm losging und das Personal sofort zu einem offenen Bettchen gegenüber hinliefen und ohne sich vorher die Hände zu desinfizieren, dort Maßnahmen vornahmen (…) Es scheint auch dringend gewesen zu sein, denn es blinkte dort ein rotes Licht.“[38]

Der Gutachter der Staatsanwaltschaft hat bei seiner Anhörung anschaulich beschrieben, dass Kreuzkontaminationen bei einem schlechten Betreuungsverhältnis auf Frühgeborenen-Stationen praktisch so gut wie unvermeidlich werden:

„Bei der Versorgung dieser Kinder ist ein Punkt zum Beispiel, dass der Alarm permanent losgeht. (…) Sobald sie angefasst werden, geht der Alarm los, und das bedeutet, sie müssen hinausgehen und den Alarm wegdrücken. Sie müssten die Hände vor dem Wegdrücken des Alarms desinfizieren und, wenn sie wieder hineingehen, desinfizieren. Das können sie vielleicht machen, wenn sie für einen Inkubator zuständig sind, aber niemals, wenn sie gleichzeitig drei, vier oder fünf Inkubatoren versorgen, bei denen, auch ohne dass sie hineingehen, der Alarm losgeht und sie sich um das Frühchen kümmern müssen. Es ist unmöglich, dass sie dann eine korrekte Händedesinfektion durchführen, das heißt, sie haben immer das Risiko der Keimverschleppung von einem auf das nächste Frühchen. Das ist vom Zeitlichen her einfach nicht anders möglich.

Das sind Kinder, bei denen ständig entweder Fehlalarme sind - einfach durch Bewegungen ausgelöst - und sie sich dann kümmern müssen oder bei denen tatsächlich kurze Zwischenfälle sind, um die sie sich kümmern müssen. Wenn sie mehr Kinder versorgen müssen, dann ist es einfach irgendwann nicht mehr möglich, dass sie die Händedesinfektion zwischendurch machen, und dann verschleppen sie es natürlich von einem zum nächsten. Sie haben dann auch keine Zeit, sich die Handschuhe anzuziehen, seien es sterile oder nicht sterile, es muss dann einfach schnell passieren. Das ist einfach das Problem, wenn sie eine derartig große Zahl von solchen extremen Frühchen haben, die zum Teil nur 500 Gramm wiegen. (…)

[36] Überlastungsanzeige vom 18.05.2011, Spätdienst, Station 4128, Chirurgische Intensivüberwachung. Band 165, S. 103
[37] Mail Popp an Körner vom 23.03.2012, Band 186, S. 1
[38] Vernehmung, Band 168, Fallakte 6, S. 20

> Im Prinzip müssten Sie sich eigentlich die Hände desinfizieren, bevor Sie den Alarm ausdrücken, denn Sie wollen den Knopf ja nicht kontaminieren, und Sie müssten sich auf jeden Fall, bevor Sie wieder hineingehen, die Hände desinfizieren, das ist das Allermindeste. Man kann von mir aus noch sagen, der Knopf ist kontaminiert, wir desinfizieren uns immer hinterher die Hände. Das mag ja noch angehen, aber Sie müssen es zwischendurch mindestens einmal machen. (…) Der Alkohol muss dann auch trocken sein, denn Sie können nicht mit dem feuchten Alkohol an das Frühchen herangehen, weil selbst die Haut bei denen doch sehr empfindlich ist. (…) Sie müssen die Händedesinfektion dann doch relativ lange durchführen, das geht nicht immer so ganz flott, und dürfen erst wieder mit den trockenen Händen hinein. Das sind Zeiten, die dort zugebracht werden, die in der Summe enorm sind. (…)
>
> Es kann auch sein, dass drei, vier Alarme gleichzeitig losgehen. Dann können Sie schauen, wie Sie sich entscheiden. (…) Das von einer Pflegekraft bei vier, fünf Frühchen machen zu lassen - oder in einzelnen Schichten waren es ja sogar sechs Frühchen, das war aber selten -, ist schier unmöglich.“[39]

Der Zusammenhang zwischen schlechter Personalausstattung und steigendem Risiko von Krankenhaus-Infektionen wurde bei den Anhörungen von allen Experten geteilt. Ausführliche Verweise auf entsprechende Literatur, die diesen Zusammenhang herstellt, werden an verschiedenen Stellen in den Akten gegeben.[40] Der Zusammenhang Personalausstattung-Infektionsrisiko wird auch in der KRINKO-Richtlinie als wissenschaftlich gesichert gekennzeichnet.

Der einzige Zeuge, der den Zusammenhang rundheraus bestritt, war der ehemalige Staatsrat Schulte-Sasse:

> „ Diese Verbindung wurde immer wieder behauptet. Es ist auch immer wieder diskutiert worden, dass es da eine Verbindung gäbe. Die Botschaft lautete also sozusagen, weniger Personal, höhere Infektanfälligkeit, deshalb mehr Probleme. Das ist aber eine wohlfeile Argumentation. Dafür gibt es keinen einzigen Beleg.“[41]

der auch behauptete, die KRINKO überhaupt nicht zu kennen:

> „Abg. Frau Bernhard: Die Richtlinien der KRINKO spielen doch immer eine relativ hohe Rolle auf dem Empfehlungslevel.
>
> Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Welche Richtlinie? KRINKO, ich weiß nicht, was das ist!“[42]

1.2. Nichteinhaltung der KRINKO-Richtlinie

Die Standards medizinischer Behandlung sind einem Wandel unterworfen durch neue Erkenntnisse. Die Institution, die für die Krankenhäuser auf dem Gebiet der Krankenhaus-Infektionen diese Standards fortschreitend definiert, ist die KRINKO, die

---

[39] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4725

[40] Popp Bd. 207, S. 18; siehe auch Literaturhinweise in der KRINKO-Empfehlung selbst unter Nr. 3.1.11, Band 5, S. 112; siehe auch Mareike Lißner: Epidemiologie nosokomialer Infektionen und Abhängigkeit krankenhausassoziierter Komplikationen von der Personalbesetzung in der Neonatologie, Dissertation, Leipzig 2011, http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/6907/Promotion_ML.pdf

[41] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2717

[42] Ebenda, 19-2718

Krankenhaushygiene-und-Infektionspräventions-Kommission des Robert-Koch-Instituts (RKI), das die Nachfolgeinstitution des Bundesgesundheitsamts ist. Die KRINKO gibt Richtlinien und Empfehlungen heraus, die den aktuellen Stand dieser Standards festsetzen.

Die Aufgaben des RKI sind im **Infektionsschutzgesetz** niedergelegt. Das Infektionsschutzgesetz verweist seit seiner Novellierung im Jahr 2011 auch ausdrücklich auf die Empfehlungen der KRINKO:

> „Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:
>
> 1. Krankenhäuser (…)
>
> Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.“[43]

Die Neufassung des Infektionsschutzgesetzes ist seit dem 24.08.2011 in Kraft. Der Kabinettsentwurf wurde am 16.03.2011 beschlossen. Der erste Ressortentwurf dürfte dem Senat und dem Gesundheitsamt bereits erheblich früher bekannt gewesen sein.

> „Zeuge Schulte-Sasse: Zustimmungspflichtige Gesetze (…) haben immer eine relativ lange Vorgeschichte. (…) Deshalb können Sie davon ausgehen, dass dieser Referentenentwurf oder auch dieser Kabinettsentwurf vom März 2011 (…) in den Monaten – nach meiner Erinnerung sogar mindestens über ein Jahr hinweg – intensiv zwischen den Ländern und dem Ministerium diskutiert und beraten worden ist.“[44]

Bereits vor der gesetzlichen Festschreibung war es Praxis der Gerichte, die Empfehlungen und Richtlinien der KRINKO als Ausdruck des Standes der medizinischen Wissenschaft zu werten. Ob Krankenhäuser ihrer Sorgfaltspflicht gegenüber den Patienten nachgekommen waren, wurde üblicherweise daran gemessen, ob sie diese Empfehlungen der KRINKO eingehalten hatten.

2007 veröffentlichte die KRINKO eine spezielle Empfehlung für Frühgeborenen-Stationen, die Frühgeborene unter 1.500 g behandeln.[45] Darin heißt es unter Abschnitt 3.1.11 „Konsequenzen personeller Unterbesetzung“:

> „Die Überbelegung einer Station, die definitionsgemäß mit einem Mangel an angemessen ausgebildeten Schwestern, Pflegern und Ärzten einhergeht, korreliert mit einem erhöhten Risiko nosokomialer Infektionen. Zahlreiche Studien aus der Neonatologie und aus anderen Fachdisziplinen bestätigen dies übereinstimmend. Sie beweisen, dass bei gleich bleibendem Personalbestand eine Überbelegung das Risiko nosokomialer Infektionen erhöht bzw., dass eine bessere Ausstattung mit Fachschwestern-/Pflegern das Risiko von nosokomialen Infektionen senkt. (…)

---

[43] Infektionsschutzgesetz, Fassung vom 28.07.2011, http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ifsg/gesamt.pdf

[44] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4884

[45] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt am 5.10.2007, Band 5, S. 102 ff. Online unter http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/27Ztlas0sJU.pdf

> Es ist wissenschaftlich gesichert, dass eine nicht angemessene Ausstattung der NIPS [der neonatologischen Intensivpflege-Station] mit qualifiziertem und vor Ort eingearbeitetem Personal das Risiko nosokomialer Infektionen erhöht (Kategorie IA).
>
> Die Empfehlung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (zur Personalausstattung) ist diesbezüglich wegweisend (Kategorie IB).“[46]

Diese Empfehlung, auf die in der KRINKO-Empfehlung unter genauer Angabe des Titels und der Webadresse verwiesen ist, sieht für die Perinatalzentren, d.h. für Stationen die auch Frühgeborene der 27. Schwangerschaftswoche und darunter behandeln, vor:

> „Im Intensivtherapiebereich sollte ein Pflegeschlüssel von 3:1 (Pflegekräfte pro Bett), im Überwachungsbereich von 2:1 vorgehalten werden, wobei ein möglichst hoher Anteil an Pflegekräften mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung in Neonatologie und pädiatrischer Intensivpflege anzustreben ist.“[47]

Kategorie IA bezeichnet in der KRINKO-Terminologie Empfehlungen, die durch Studien belegt und wissenschaftlich gesichert sind. Kategorie IB bezeichnet Empfehlungen, die nicht durch wissenschaftliche Vergleichsstudien eindeutig gesichert sind, aber durch Konsensbeschluss der Kommission als Stand der medizinischen Wissenschaft anerkannt werden. Die Empfehlung der KRINKO bedeutet daher, dass der Zusammenhang von personeller Unterausstattung und erhöhten Krankenhausinfektionen bei Frühgeborenen wissenschaftlich gesichert ist und der empfohlene Mindest-Personalschlüssel nach übereinstimmender Auffassung der Kommission das Maß des medizinisch Erforderlichen darstellt.

Diese Klarstellung wurde in der Fachwissenschaft begrüßt:

> „Eine Entschuldigung von Politikern und Ökonomen: ‚Das haben wir nicht gewusst‘ gilt zukünftig nicht mehr! Klargestellt wurde der eindeutige, durch Studien belegbare Zusammenhang zwischen dem erhöhten Risiko krankenhaus-erworbener Infektionen, professioneller und engagierter Krankenhaus-Hygiene und der Qualifikation der Stationsmitarbeiter und ihrer absoluten Zahl.“[48]

Die KRINKO definiert die einzuhaltende Mindest-Personalausstattung mit einem Schlüssel, wie viele Pflegekräfte pro Bett angestellt sein müssen. Eine Station mit 10 Betten muss demnach mindestens 30 Pflegekräfte beschäftigen, wenn sie Intensivpatienten betreut, oder mindestens 20 Pflegekräfte, wenn sie nur Patienten hat, die nicht intensivmedizinisch betreut sondern nur überwacht werden. Für eine Station, in der beides stattfindet, kann demnach die Mindest-Personalausstattung als erfüllt gelten, wenn in einer Station mit 10 Betten mindestens 25 Pflegekräfte beschäftigt werden. Gemeint sind dabei immer Vollzeitkräfte (VK).

In der Praxis wird die personelle Ausstattung dagegen häufig mit einem Schlüssel bezeichnet, der das aktuelle Betreuungsverhältnis darstellt, also wie viele Patienten eine Pflegekraft zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich betreut. Ein Schlüssel von 1

---

[46] Band 5, S. 112

[47] Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin: Empfehlungen der GNPI für strukturelle Voraussetzungen der neonatologischen Versorgung von Früh- und Neugeborenen in Deutschland, 24.06.2004, S. 1, http://www.gnpi.de/pdf/StrukturVersorgung.pdf

[48] Franz Sitzmann: Hygiene in der Intensivpflege – Infektionsprophylaktische Maßnahmen bei neonatologischen Patienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, in: intensiv 2008, Nr. 16, S. 9-17, Band 4, S. 131

zu 3 z.B. bedeutet hier, dass eine Pflegekraft drei Patienten gleichzeitig betreut. Die beiden Zahlenangaben müssen sorgfältig unterschieden werden. Der KRINKO-Schlüssel bezeichnet die notwendige Grundausstattung einer Station. Der andere Schlüssel bezeichnet das Maß an Belastung, das zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich auftritt.

Drei Vollzeitkräfte pro Bett bedeuten nicht, dass in einem Dreischichtbetrieb immer 1 VK pro Bett anwesend ist – schließlich hat die Arbeitswoche nur 5 Tage, es gibt Urlaub und Krankheit, ferner Übergabezeiten und Pausenzeiten.

> „Zeuge Professor Dr. Herting: Das muss man so aufklären: Das eine ist die Zahl, ich habe eine bestimmte Zahl von Kindern, und ich habe eine bestimmte Zahl von Schwestern, die jetzt dort sind in der Schicht. Das heißt, ich habe im Grunde genommen zehn Betten, unsere Intensivstation ist mit zehn Betten belegt. Wir haben fünf Schwestern in jeder Schicht. Das sind diejenigen, die jetzt dort sind, aber um diese Schwestern zu fahren, brauchen sie den Gesamtaufwand, denn sie brauchen fünf vormittags, sie brauchen fünf nachmittags, sie brauchen fünf nachts. Das heißt, sie brauchen 15 Personen am Tag, die dort sind. Dazu kommen Urlaubs- und Fehlzeiten und so etwas, und dann sehen Sie schon, dass sie solch einen Schlüssel eben nur mit etwa 25 Kräften überhaupt fahren können, wenn sie das in einem Personalplan umsetzen. Das muss man einfach klären. Das eine sind die Kräfte, die jetzt pro Schicht da sind, und die anderen, die eben insgesamt verfügbar sein müssen als Vollkräftestatistik, als VKA-Stellen. Das muss man sehr gut voneinander trennen, denn sonst redet man über komplett unterschiedliche Zahlen. (…)
>
> Die Zahl, die eine höhere Zahl von Pflegekräften pro Bett oder pro Patient hat, wo ich also ein Verhältnis habe, ich brauche drei Pflegende oder zwei Pflegende pro Bett, das ist natürlich die Gesamtzahl, die unterjährig den Personalaufwand darstellt, den ich betreiben muss, um solch einen Schichtdienstplan mit allen Krankheitsausfällen und allem, was es gibt, dafür werden Regelzahlen eingesetzt, zu erfüllen.“[49]

„Drei pro Bett heißt, eine halbe am Bett“

Genaugenommen bedeuten 3 angestellte Pflegekräfte pro Bett (also 1 pro Schicht), dass tatsächlich etwa eine halbe Pflegekraft pro Bett anwesend ist. Eine Pflegekraft betreut dann 2 Patienten – also ein Betreuungsverhältnis von 2:1.

Dies leitet sich her, wenn man die personelle Ausstattung mit 1 Vollzeit-Pflegekraft umrechnet in die reale Anwesenheitszeit, indem man die tatsächliche jährliche Arbeitszeit (vermindert um Übergabe- und Pausenzeiten im Schichtdienst) ermittelt. Während das Jahr 8.760 Stunden hat, ist eine Vollzeit-Arbeitskraft in einem Jahr real ca. 1.464 Stunden anwesend für die Patientenbetreuung, also ungefähr ein Sechstel – wenn sie jeden Tag arbeiten würde, wäre sie täglich 4 Stunden anwesend, während der Patient 24 Stunden anwesend ist. Eine Vollzeit-Pflegekraft deckt also beim Drei-Schichten-System (3 x 8 Stunden) etwa eine halbe Schicht ab. Bei 6 Vollkraft-Pflegekräften wäre immer 1 Kraft anwesend.

Mit 6 Vollzeit-Kräften wäre also ein Betreuungsverhältnis von 1:1 realisiert. Mit den von der KRINKO geforderten 3 Vollzeit-Kräften pro Bett ist ein Betreuungsverhältnis von 1:2 gewährleistet, d.h. 1 Pflegekraft betreut 2 Betten.

---

[49] Egbert Herting, Protokoll der öffentlichen Anhörung 1-59 f.

Reale Anwesenheit pro Vollzeitkraft im Mehrschichtbetrieb			
Wöchentliche Arbeitszeit TVÖD		39,12 Std.	
Tägliche Arbeitszeit bei 5-Tage-Woche	39,12 / 5	7,824 Std.	7,824 Std.
Arbeitstage im Jahr (Bremen 2011)		254 Tage	
davon abzusetzen wg. Urlaub		30 Tage	
davon abzusetzen wg. Krankheit (4 %)	254 x 0,04	10,16 Tage	
= Tatsächliche Arbeitstage	254-30-10	213,84 Tage	214 Tage
Tatsächliche jährliche Arbeitszeit	213,84 Std. x 7,824 Tage	1.673,084 Std.	
davon abzusetzen wg. Übergabe: 2 x 15 min pro 8-Std-Schicht	30 min / 8 Std.	6,25 %	
davon abzusetzen wg. 30 min Pause pro 8-Std-Schicht (bei Mehrschichtdienst in Arbeitszeit inbegriffen nach TVÖD)	30 min / 8 Std.	6,25 %	
= Tatsächliche jährliche Patientenbetreuungszeit pro Vollzeitkraft	1.673,084 Std – 12,5%	1.463,95 Std.	1.463,95 Std.
Jahresstunden	365 Tage x 24 Std.	8.760 Std.	8.760 Std.
Daraus ergibt sich: **„3 pro Bett = eine halbe am Bett“**:			
Anteilige Abdeckung der Jahresstunden durch 1 Vollzeitkraft	1.463,95 / 8.760	16,71 %	**ca. 1/6**
Reale Anwesenheit, wenn pro Schicht 1 Vollzeitkraft beschäftigt ist	Im Dreischichtbetrieb		**ca. 0,5 pro Schicht**
Formel: angestellte VK pro Bett geteilt durch 6 = ungefähre Zahl der anwesenden PK pro Bett			

Der von der KRINKO als notwendig angesehene Personalschlüssel von 3 Stammkräften pro Bett ist also **keineswegs blanke Utopie**, so wie es die Senatorin in ihrer Anhörung darzustellen versuchte:

> „Wir haben eine Richtlinie, die ich vorhin schon erwähnt habe, die der Idealfall ist. (…) Die Richtlinie schreibt ja ein Verhältnis von drei zu eins und zwei zu eins vor. Das bedeutet, dass wir bei drei Schichten eins zu eins, also quasi eine Kraft pro Kind haben. Ich weiß nicht, ob es das irgendwo gibt. Ich habe jetzt bei Professor Dr. Friedrich gelesen, in den Niederlanden haben sie eins zu 1,5, hat er, glaube ich, gesagt. Sie haben aber auch ein völlig anderes Krankenhaus- und Finanzierungssystem, das auch sehr teuer ist, wie ich gelesen habe. Daher ist es nicht zu erfüllen, was die Fachgesellschaft als Empfehlung gibt.“[50]

[50] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung31-4559 f.

Diese Darstellung seitens der Senatorin ist **falsch**. Die Einhaltung der KRINKO-Richtlinie für den Intensivbereich (3 Pflegekräfte pro Bett) bedeutet eben nicht, dass rund um die Uhr 1 Pflegekraft neben jedem Bett steht. Sie bedeutet, dass rund um die Uhr eine halbe Pflegekraft neben jedem Bett steht, was auf ein Betreuungsverhältnis von 2 Patienten pro Pflegekraft (1:2) hinausläuft.

Das gilt allerdings nur, wenn die Betten alle voll belegt sind. Bei einer Bettenbelegung von 80 Prozent (von 10 Betten sind 8 belegt) liegt das Betreuungsverhältnis, wenn die KRINKO-Richtlinie für den Intensivbereich umgesetzt wird, günstiger, nämlich bei 1:1,6.

Wenn man die KRINKO-Richtlinie großzügig auslegt und davon ausgeht, dass auf einer Frühgeborenen-Station sowohl Intensivbehandlung als auch Überwachung stattfindet, kann man den Mittelwert von 2,5 Pflegekräften pro Bett zugrundelegen. Das bedeutet, dass bei 100prozentiger Auslastung eine Pflegekraft 2,4 Patienten betreut, bei 80prozentiger Auslastung 1,9 Patienten.

Das entspricht den Aussagen der vom Ausschuss gehörten Experten. Ein Betreuungsverhältnis von 1:1 wird als ideal, aber in der Praxis nicht erreichbar angesehen. **Betreuungsverhältnisse, die schlechter sind als 1:2, werden dagegen als gefährlich erachtet.**

> „(…) darin kommt man immer auf den Schlüssel, dass im Hochintensivbereich eine Pflegekraft allerhöchstens zwei Patienten betreuen sollte, teilweise wird sogar eins zu eins empfohlen.“[51]

Vergleichswerte zur Pflegepersonal-Ausstattung auf Frühgeborenen-Stationen

In den Niederlanden wird ein Betreuungsverhältnis angestrebt, dass der strengen Auslegung der KRINKO entspricht.

> „Es wird auf den Intensivstationen eine Eins-zu-eins-Pflege versucht. Das wird meistens nicht eingehalten, dann ist man bei 1,5 zu eins - also 1,5 Patienten pro Pflegekraft -, das ist ungefähr der Durchschnitt.“[52]

Die Uniklinik Leipzig praktiziert ein Betreuungsverhältnis, das sich am KRINKO-Mittelwert aus Intensivbehandlung und Überwachung orientiert.[53] Die Klinik Hamburg-Barmbek hat nach dem Ausbruch in der dortigen Frühgeborenen-Station (15 Betten) das Betreuungsverhältnis so verbessert, dass es zumindest zwischen dem KRINKO-Mittelwert und dem KRINKO-Überwachungswert liegt.

> „Zeuge Dr. Laux: Ich habe mir das extra aufgeschrieben, um an der Stelle nicht zu improvisieren, wir hatten bis zu diesem Ausbruch 26 Vollkräfte Pflege (…) Wir haben gemerkt (…) dass dieser Schlüssel absolut nicht reicht, und haben jetzt (…) 32 VK.“[54]

Wie der folgenden Umrechnungstabelle zu entnehmen ist, **lag die Frühgeborenen-Station des KBM vor der Zentralisierung (also 2009) etwa auf dem Betreuungsniveau, das in Hamburg-Barmbek *nach dem Ausbruch* hergestellt wurde. Durch die Zentralisierung,**

---

[51] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2071

[52] Friedrich, Protokoll der öffentlichen Anhörung 21-2933

[53] Mareike Lißner: Epidemiologie nosokomialer Infektionen und Abhängigkeit krankenhausassoziierter Komplikationen von der Personalbesetzung in der Neonatologie, Dissertation, Leipzig 2011, http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/6907/Promotion_ML.pdf, S. 24 (10 Betten) und S. 35 (28,25 VK), Neonatale Intensivstation, Daten von 2006

[54] Laux, Protokoll der öffentlichen Anhörung 16-2202

bei der die Bettenzahl von 12 auf 16 erhöht wurde, ohne dass zusätzliches Personal eingesetzt wurde, lag der Betreuungsschlüssel im KBM 2010 und 2011 dagegen noch deutlich schlechter als in Hamburg *vor dem Ausbruch*.

Umrechnung VK pro Bett / Pflegekräfte-Patienten-Relation

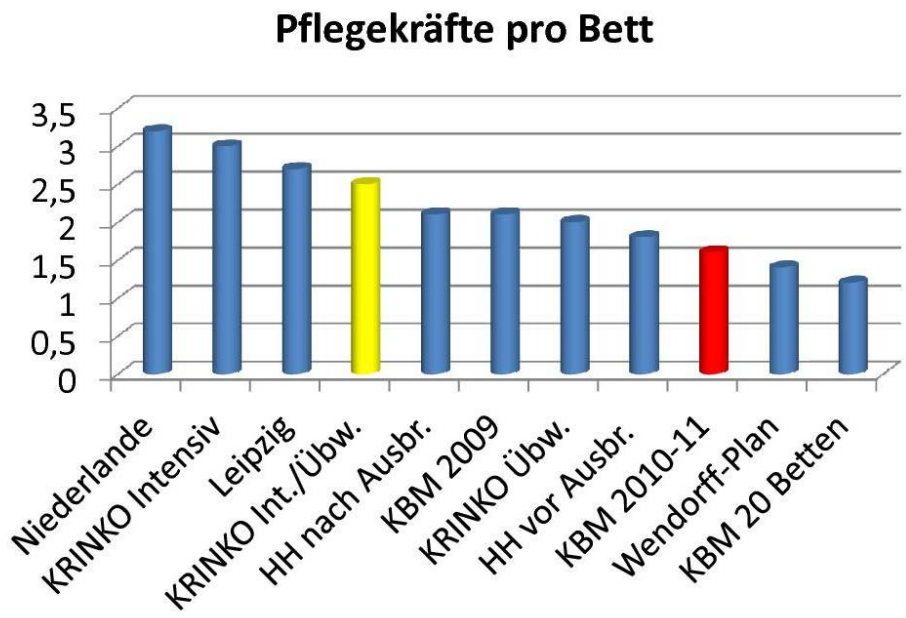
	Anzahl VK	Betten-zahl	VK pro Bett	Anwe-sende PK pro Bett	Pflegekr.-Patienten-Relation		Akte
					bei 100% Belegung	bei 80% Belegung	
KRINKO (Intensivbereich)			3	0,5	1:2	1:1,6	
KRINKO (Überwachungsbereich)			2	0,33	1:3	1:2,4	
KRINKO (Mittelwert)			**2,5**	**0,42**	**1:2,4**	**1:1,9**	
KBM NEO 2009	25,5	12	2,1	0,35	1:2,8	1:2,3	Bd. 60
KBM NEO 2010-2011	**25,5**	**16**	**1,6**	**0,27**	**1:3,8**	**1:3,0**	**Bd. 60**
KBM NEO 2012 (Wendorff-Plan)	22	16	1,4	0,23	1:4,4	1:3,5	Bd. 187, S. 49
KBM NEO (ursprüngl. Ausbauplan)	24	20	1,2	0,2	1:5	1:4	
Hamburg-Barmbek NEO (vor Ausbruch)	27,5	15	1,8	0,31	1:3,2	1:2,6	16-2184, 16-2202
Hamburg-Barmbek NEO (nach Ausbruch)	**32**	**15**	**2,1**	**0,36**	**1:2,8**	**1:2,2**	16-2184, 16-2202
Uniklinik Leipzig NEO	28,25	10	2,8	0,47	1:2,1	1:1,7	[55]
Niederlande			3,2	0,53	1:1,9	1:1,5	[56]

[57]

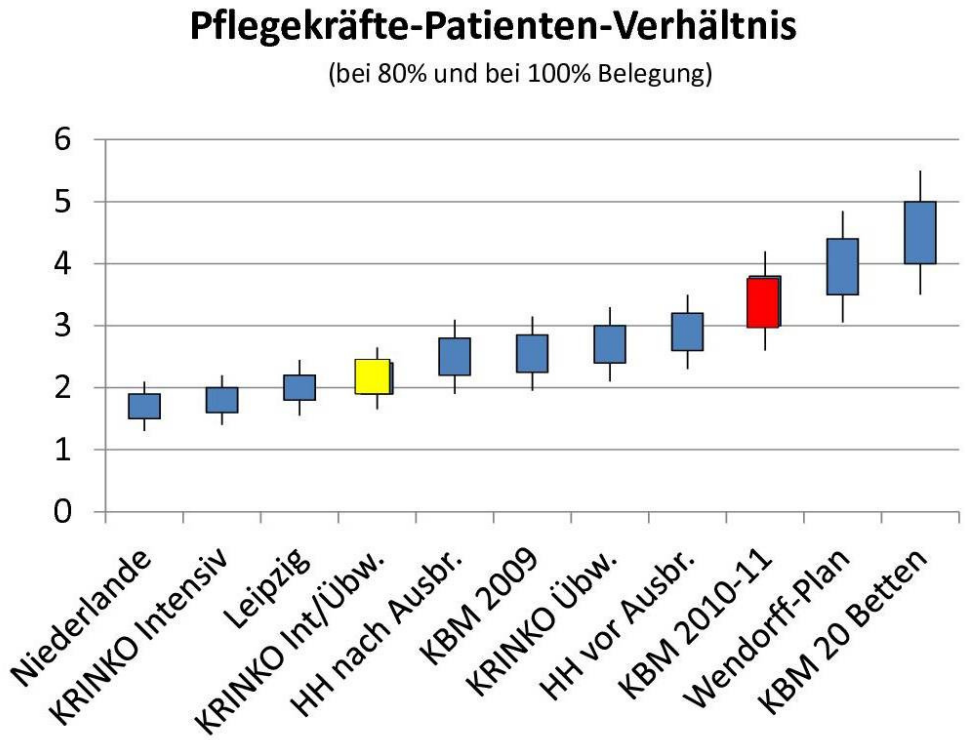
Der Wirtschaftsplan 2011 sah eine Personalentwicklung vor („Wendorff-Plan“), bei der nochmals Planstellen auf der Neonatologie abgebaut werden sollten. Ursprünglich war vorgesehen, dass bei der Zentralisierung die Bettenzahl sogar noch weiter aufgestockt werden sollte, nämlich auf 20 Betten.

> „Die Bettenkapazitäten wurden bereits von 12 auf 16 erhöht. Eine endständige Aufstockung auf 20 Betten soll erfolgen.“[58]

[55] Lißner, a.a.O.
[56] Alexander Friedrich, Protokoll der öffentlichen Anhörung 21-2933
[57] Eigene Zusammenstellung
[58] Protokoll der Aufsichtsratssitzung KBM vom 18.06.2010, Band 60, S. 194



In der nachstehenden Grafik sind die Betreuungsverhältnisse auf der Neonatologie für verschiedene Kliniken sowie die Empfehlungswerte der KRINKO für Intensivtherapie, Überwachung bzw. eine Mischung aus Intensivtherapie und Überwachung eingetragen. Die Rechtecke markieren jeweils den Bereich zwischen einer 80prozentigen und einer 100prozentigen Bettenauslastung.



Deutlich sichtbar ist der Effekt, **dass bei einer schlechteren Personalausstattung auch der Unterschied zwischen 80prozentiger und 100prozentiger Belegung (Höhe des Rechtecks) zunimmt.** Die Striche über und unter den Rechtecken deuten an, dass die Betreuungsrelation bei einer Auslastung von weniger als 80 Prozent das Betreuungsverhältnis natürlich noch günstiger ist, dass sie bei voller Belegung aber auch (z.B. durch akuten Personalausfall) situativ noch ungünstiger sein kann. Auch dieser

Ausschlag wird größer, je schlechter die Personalausstattung ist. Die Station wird bei schlechter Personalausstattung empfindlicher für das Unvorhergesehene.

Die Geschäftsführungen der GeNo und des KBM haben nach dem Öffentlichwerden des Ausbruchs in Bremen hartnäckig suggeriert, die Fachgesellschaften würden einen Betreuungsschlüssel von 1:3 empfehlen, also dass eine Pflegekraft im Schnitt 3 Patienten betreut. Dies ist falsch. Richtig ist, dass die Fachgesellschaften 3 angestellte Pflegekräfte pro Bett empfehlen bzw. ein Betreuungsverhältnis von maximal 1:2.

Es kann dafür argumentiert werden, dass auf einer Station, wo sowohl Intensivtherapie als auch Überwachung stattfindet, mindestens 2,5 Pflegekräfte pro Bett vorgehalten werden müssen. Das bedeutet in der Praxis, dass im Regelfall bei einer 80prozentigen Bettenbelegung das Betreuungsverhältnis von 1:2 eingehalten wird und auch in Spitzenzeiten mit einer 100prozentigen Belastung das Betreuungsverhältnis nicht über 1:2,4 steigt.

Festzuhalten ist, dass diese Vorgabe spätestens seit Januar 2010 auf der Frühgeborenen-Station des KBM nicht mehr erfüllt war. Bei 16 Betten hätten mindestens 40 VK Pflegekräfte auf der Station fest angestellt sein müssen. Die Realität lag bei 25,5 VK und damit massiv unter den Vorgaben der KRINKO, selbst bei großzügiger Auslegung. Mit dieser Personalausstattung hätten maximal 10 Betten betrieben werden dürfen und nicht 16.

1.3 Auswirkung der Unterbesetzung auf das Betreuungsverhältnis

Der Geschäftsführer der GeNo Diethelm Hansen behauptete zunächst im November 2011:

> „Im Pflegedienst gibt es keine konkreten Sollzahlen für die Pflegebesetzung. Im Verhältnis zur Belegung hat während des gesamten Jahres [2011] im Wesentlichen eine Pflegekraft drei bis vier Frühgeborene betreut. Eine Schichtbesetzung von mindestens 4 am Vormittag, 3 im Spätdienst und 3 im Nachtdienst ist bis auf fünf Tage eingehalten worden.“[59]

Wenige Tage später schrieb Hansen in einem erneuten Schreiben an die Senatorin:

> „Hinsichtlich der quantitativen Besetzung ist festzuhalten, dass im Bereich der Pflege der Schlüssel von 3:1 bzw. 4:1 (Anzahl Patienten pro Pflegekraft) bis auf wenige Ausnahmesituationen eingehalten worden ist.“[60]

In einem Schreiben vom gleichen Tag an den Referatsleiter Martin Götz heißt es nur noch:

> „dass auf der neonatologischen Intensivstation 4027 in sehr vielen Schichten der von der Fachgesellschaft empfohlene Quotient von 3 zu 1 eingehalten wird.“[61]

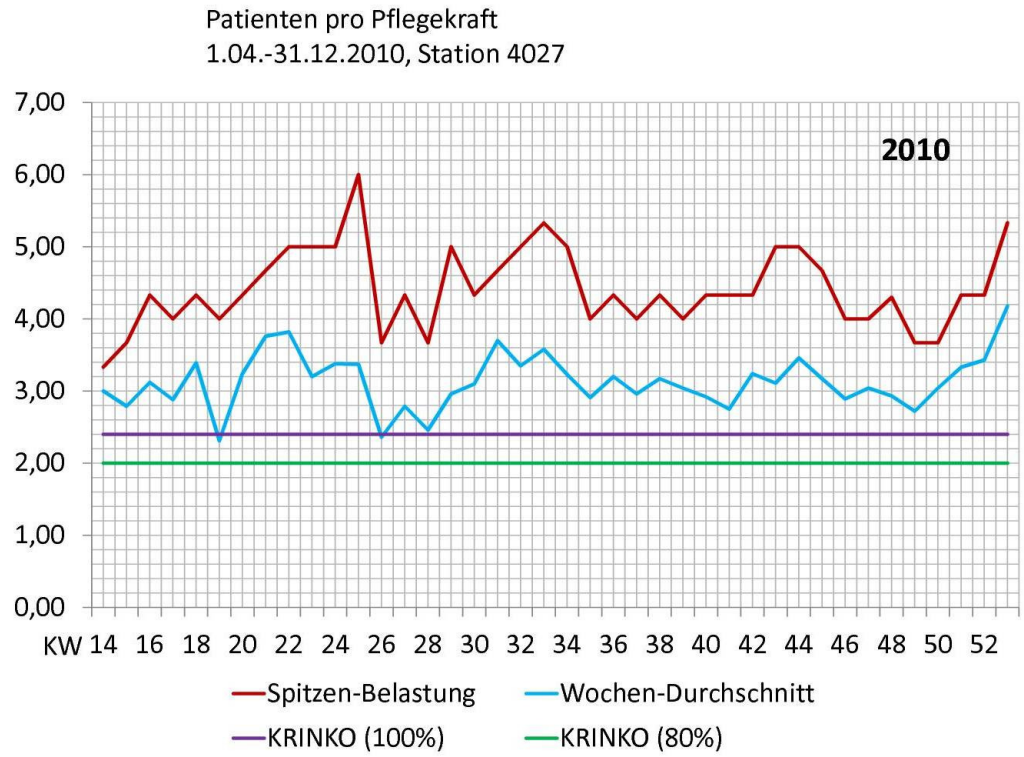
Wie bereits erwähnt, ist der von den Fachgesellschaften empfohlene Quotient keineswegs 3 zu 1, sondern 2 zu 1 – hier liegt eine Verdrehung mit dem von der KRINKO empfohlenen Schlüssel von 3 angestellten Pflegekräften pro Bett vor. Ein empfohlener Schlüssel „von 3.1 bzw. 4:1“ ist reine Phantasie. Dies musste von der GeNo auch öffentlich eingeräumt werden.[62]

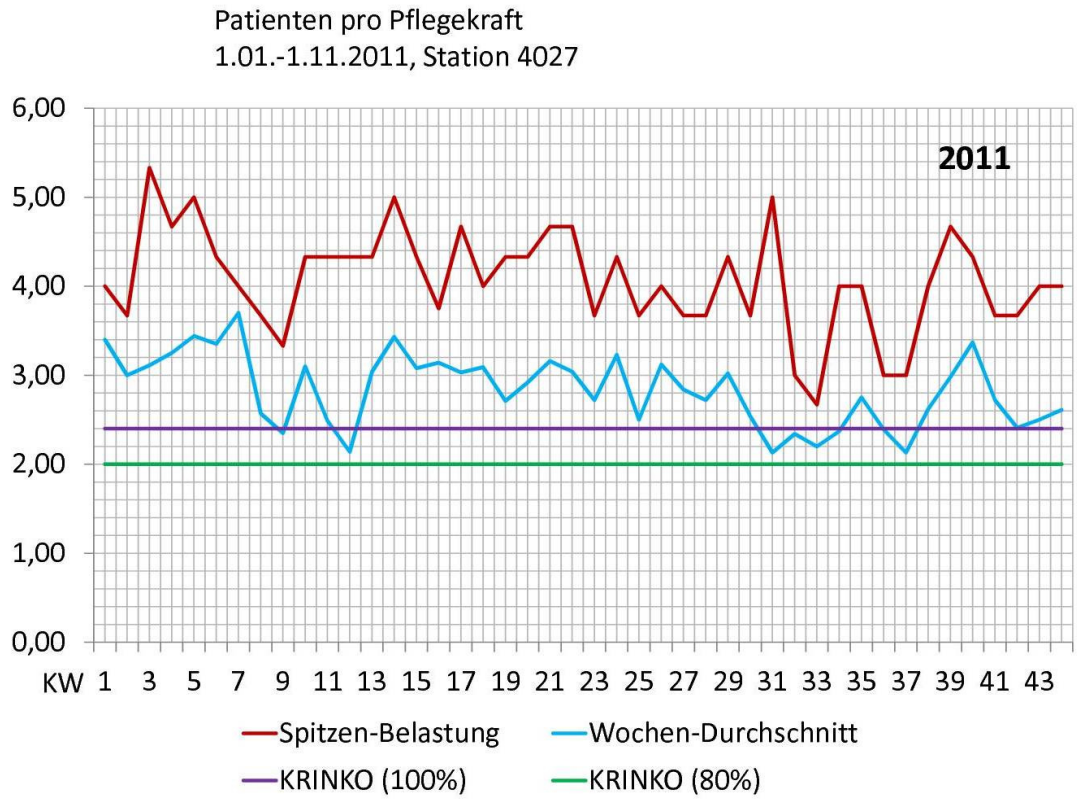
---

[59] Schreiben an die Senatorin vom 25.11.2011, Band 58 S. 255
[60] Schreiben an die Senatorin vom 29.11.2011, Band 58, S. 318
[61] Schreiben an Martin Götz vom 29.11.2011, Band 189, S. 258
[62] Gesundheit Nord zieht erste Konsequenzen, Weser-Kurier vom 3.12.2011

Tatsächliche Betreuungsverhältnisse auf der Station

Aufgrund der Daten zu Belegung (also Patientenzahl) und Personalbesetzung (anwesende Kräfte pro Schicht) stellen sich die tatsächlichen Betreuungsverhältnisse auf Station 4027 in den Jahren 2010 und 2011 so dar:





63

[63] Eigene Grafik, Daten Patienten- und Personalstand (2010 und 2011) aus Band 66

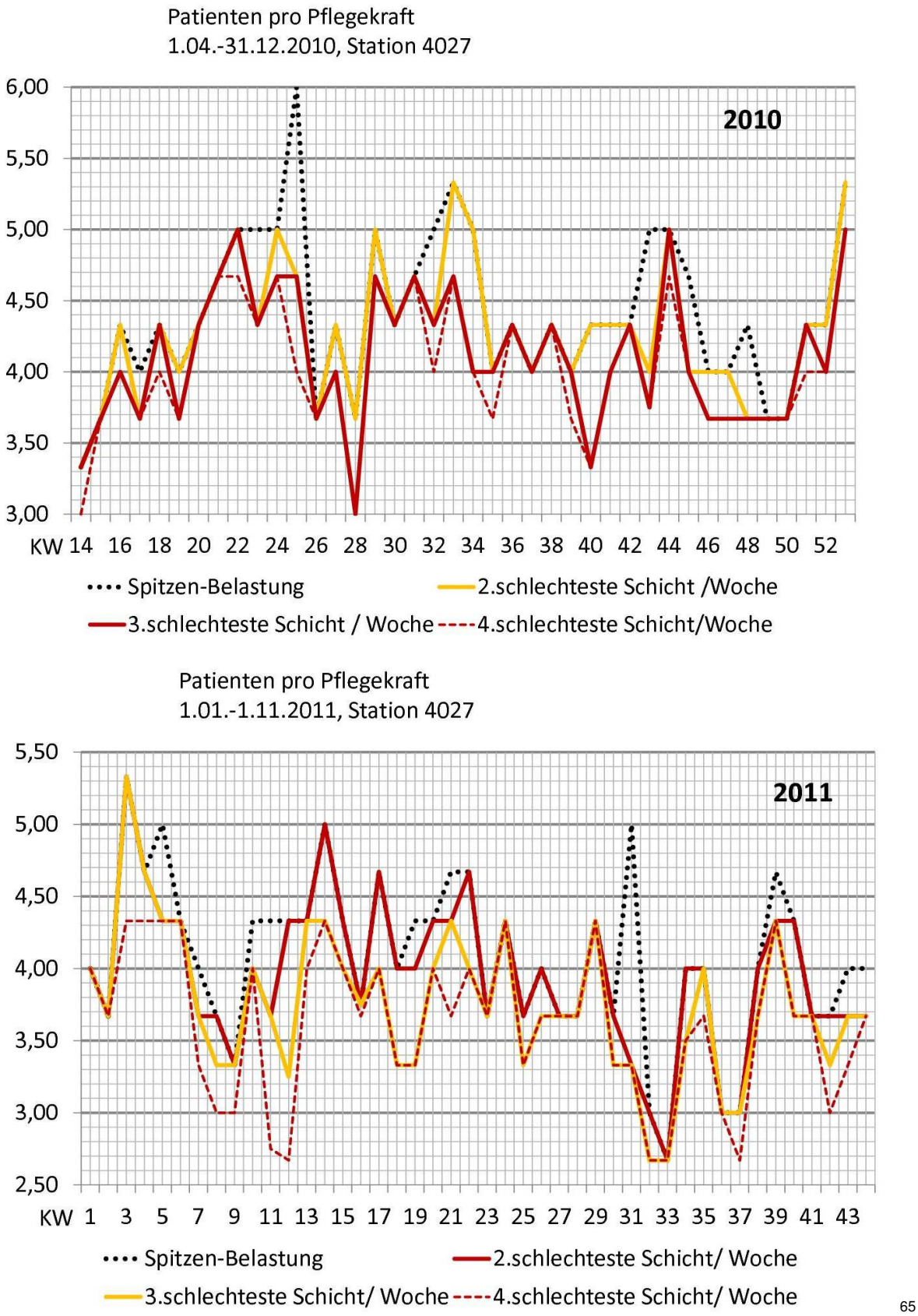
Die blaue Linie markiert den Wochendurchschnitt (für die einzelne Kalenderwoche Anzahl der Patienten in allen 21 Schichten geteilt durch Anzahl der Pflegekräfte in allen 21 Schichten, Dreischichtsystem). Die rote Linie markiert das Verhältnis Patienten pro Pflegekraft in der ungünstigsten Schicht der Woche.

Zum Vergleich markiert die grüne Linie den Wert von 2 Patienten pro Pflegekraft, der sich aus der KRINKO-Richtlinie bei einer 80prozentigen Bettenbelegung ergibt. Höher dürfte der Wochendurchschnitt keinesfalls liegen. Die lila Linie markiert den Wert von 2,4 Patienten pro Pflegekraft, der sich aus der KRINKO-Richtlinie bei 100prozentiger Bettenbelegung ergibt. Höher dürfte die Spitzenbelastung keinesfalls liegen.

Sowohl die Wochendurchschnitte (blaue zu grüner Linie) als auch die Spitzenbelastungen (rote zu lila Linie) lagen demnach immer über dem, was der KRINKO-Empfehlung entsprochen hätte. Sowohl in 2010 als auch in 2011 werden regelmäßig Spitzenbelastungen erreicht, die über 1:4 liegen, teilweise sogar über 1:5. Für 2011 sind dabei (wie auch in den Folgegrafiken) die von der KBM-Geschäftsführung korrigierten, d.h. gegenüber der ursprünglichen Dienstplan-Auswertung nachgebesserten Zahlen verwendet worden.[64]

Handelt es sich bei den Spitzenbelastungen möglicherweise um ‚Ausreißer‘, das heißt um seltene Ausnahmefälle? Um dies zu überprüfen, ist in den beiden folgenden Grafiken nicht nur der Wert der Schicht mit dem schlechtesten Betreuungsverhältnis pro Woche eingetragen, sondern auch der Wert für die zweit-, dritt- und viertschlechteste Schicht.

[64] Siehe Erläuterung von Daniela Wendorff, Band 66, S. 1-10. Der Zeitraum ist für 2011 die 1. bis 44. Kalenderwoche (KW), d.h. 1.1.-31.10.2011 (danach wurde die Station geschlossen). Für 2010 ist der Zeitraum die 14. bis 53 Kalenderwoche, d.h. 1.4.-31.12.2010 (für das erste Quartal 2010 sind dem Ausschuss keine Zahlen vorgelegt worden, auch bei den Rohdaten in Akte 188 beginnt der Zeitraum erst mit dem 1.4.2010).

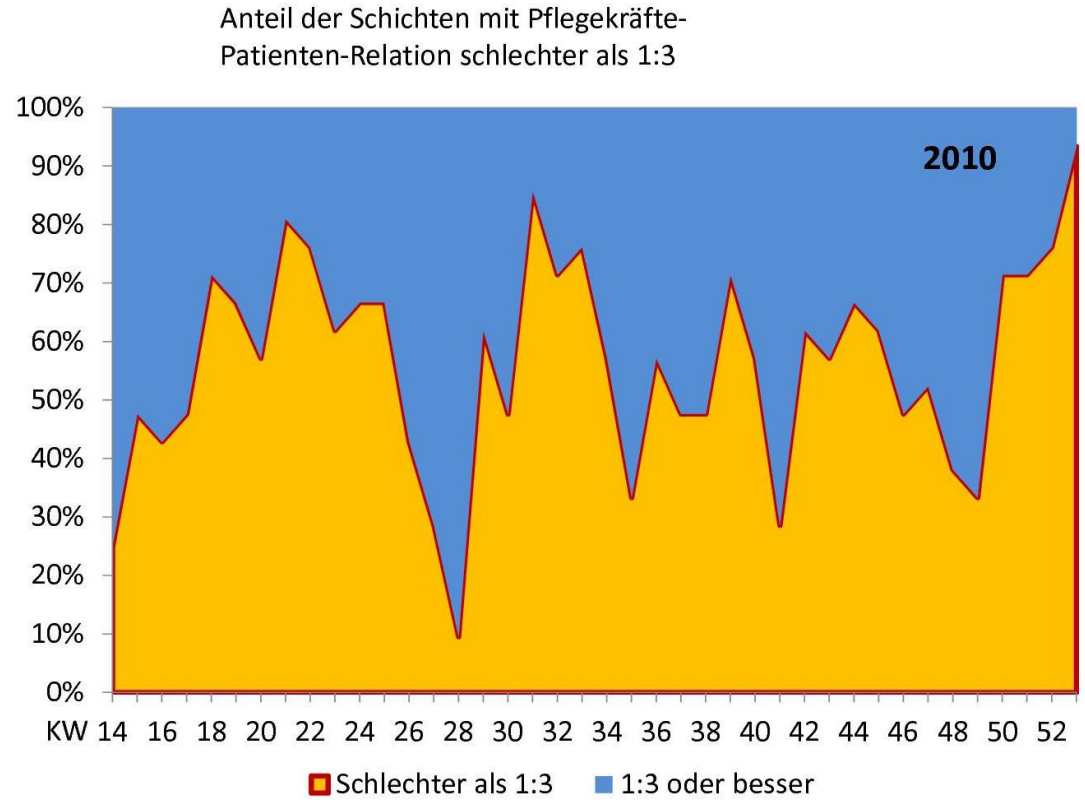


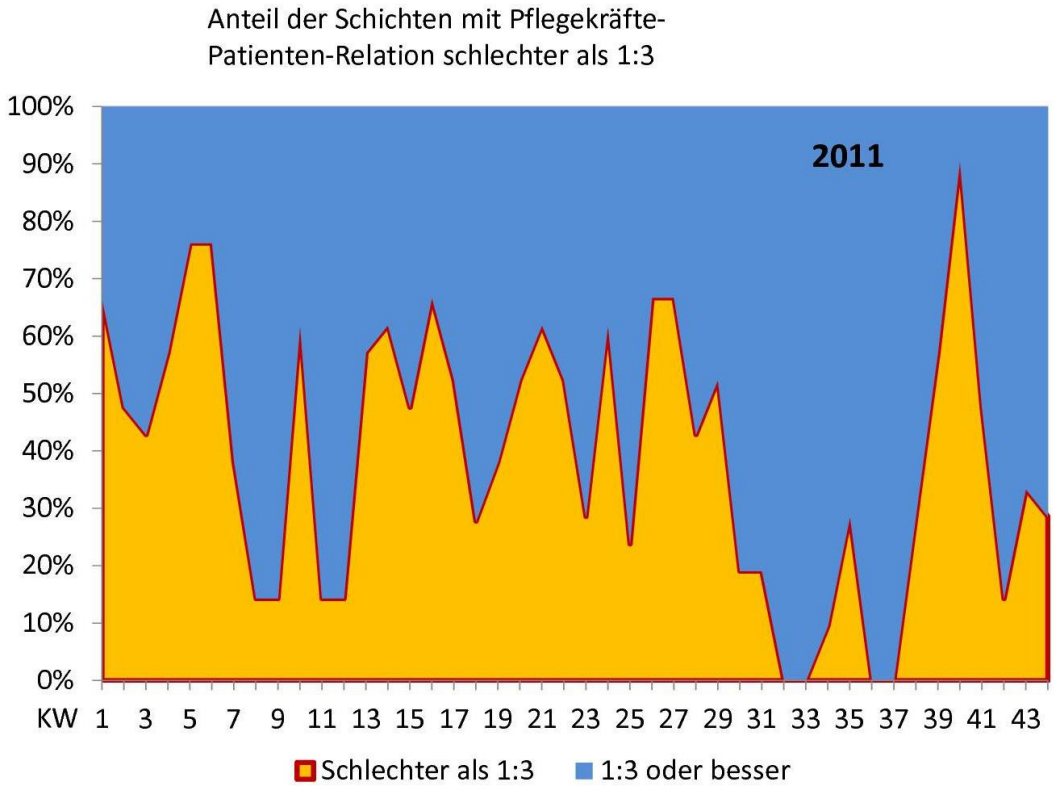
[65]

Das bedeutet: Bei 19 % der Schichten pro Woche (4 von 21 Schichten = 19%) lag die Belastung mindestens auf der Höhe der untersten Linie. **Nur da, wo die gepunktete Linie**

[65] Eigene Grafik, Daten aus Band 66

sichtbar ist, handelt es sich um einen ‚Ausreißer‘, d.h. um einen Einzelfall in der betreffenden Woche. Das trifft nur auf den Wert von 1:6 in der 25.KW 2010 und für den Wert von 1:5 in der 31.KW 2011 zu.





Um die Aussage zu überprüfen, das Betreuungsverhältnis habe bis auf wenige Ausnahmen nicht schlechter als 1:3 gelegen, ist in den beiden obenstehenden Grafiken der Anteil der

Schichten pro Woche eingetragen, in denen das Pflegekraft-Patienten-Verhältnis schlechter war als 1:3 (orange Fläche, unten). Die blaue Fläche (oben) stellt den Anteil der Schichten pro Kalenderwoche dar, in denen das Betreuungsverhältnis *nicht* schlechter war als 1:3.

In 2010 lagen insgesamt 57 Prozent aller Schichten schlechter als 1:3.

In 2011 lagen insgesamt 40 Prozent aller Schichten schlechter als 1:3.

1.4 Nichteinhaltung der GBA-Richtlinie zur Qualifikation

Die personelle Ausstattung hängt nicht nur von der Anzahl von Pflegekräften ab, sondern auch von deren **Qualifikation**.

> „Andererseits muss das Personal natürlich ausreichend ausgebildet sein. Viel Personal ohne Ausbildung nützt nichts.“[66]

> „Ausstattung ist natürlich eine gewisse Grundvoraussetzung, die Sie benötigen an Technik, Inkubatoren, Brutkästen für Frühgeborene, bestimmte Formen von Beatmungsgeräten – das Entscheidende ist aber wirklich das Know-How des Personals, nicht nur der Ärzte, vor allen Dingen auch der Pflege.“[67]

Im Zusammenhang von Krankenhaus-Infektionen bei Frühgeborenen ist die Qualifikation der Pflegekräfte nicht nur entscheidend für die Therapie und für das hygienisch korrekte Verhalten, sondern auch für die Diagnose, d.h. für das Erkennen von Infektionen:

> „Diejenigen, die am nahesten an dem Patienten sind, das sind natürlich die Pflegekräfte. Das sind die, die auch merken, gerade bei einer Infektion, irgendetwas ist mit dem Kind anders, es schnauft ein bisschen anders, das sieht nur ein wenig anders aus, der Bauch ist ein bisschen dicker. Diese Kinder haben ja nicht die klassischen Zeichen einer Infektion. Man fragt sich ja, wie man eine Infektion übersehen kann, aber die fiebern nicht. Frühgeborene haben kein Fieber, sie haben vielleicht nur eine flachere Atmung, sehen ein bisschen schlechter aus. Die Schwester sagt im Grunde genommen, das Kind ist heute nicht so gut drauf, dort müsst ihr einmal hinschauen, dort müsst ihr Diagnostik machen. Das heißt, die Schwestern sind sozusagen direkt an dem Kind, und bei aller Technik, bei allen Monitorwerten, die uns angezeigt werden, die beobachtende Pflegekraft ist das A und O mit ihrer Entscheidung zu merken, diesem Kind geht es jetzt ein bisschen anders.“[68]

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)**, das höchste Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, in dem die Krankenkassen, die Krankenhäuser und die Kassenärzte vertreten sind, hat deshalb 2008 festgelegt, dass **40 Prozent des Pflegepersonals** auf einer Frühgeborenen-Intensivstation über eine abgeschlossene **Fachweiterbildung in Pädiatrischer Intensivpflege** verfügen müssen. Dabei soll **in jeder Schicht mindestens eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung anwesend** sein. Für eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2015 darf zur Erreichung der 40 Prozent auch Pflegepersonal eingerechnet werden, das eine mindestens fünfjährige Erfahrung in der Frühgeborenen-

---

[66] Laux, Protokoll der öffentlichen Anhörung 16-2179

[67] Egbert Herting in: Geschäft mit Frühchenversorgung. NDR Menschen und Schlagzeilen vom 29.11.2011, http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/menschen_und_schlagzeilen/media/menschenundschlagzeilen1261.pdf

[68] Egbert Herting, Protokoll der öffentlichen Anhörung 1-56 f.

Intensivpflege vorweisen kann. Dies gilt jedoch nicht für das Erfüllen der Bedingung, dass in jeder Schicht mindestens eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung anwesend sein muss, wie sich aus dem Text des betreffenden Absatzes ergibt:

> „Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation besteht aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern oder -pflegerinnen. Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder -pflegerinnen mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ (gemäß den Empfehlungen der DKG zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege vom 11.05.1998) beträgt mindestens 40 %. Für eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2015 können zur Erreichung des in Satz 2 genannten Prozentsatzes sowohl Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder -pflegerinnen mit einer mindestens fünfjährigen Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege als auch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder -pflegerinnen mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ eingesetzt werden. Es sollte möglichst in jeder Schicht ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und/oder -pflegerin mit Fachweiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ eingesetzt werden.“[69]

Während für die 40-Prozent-Regel ausdrücklich Pflegepersonal mit fünfjähriger Berufserfahrung und Pflegepersonal mit Fachweiterbildung aufgeführt ist, ist dies für die Schicht-Regel nicht der Fall.

Der Geschäftsführer der GeNo, Diethelm Hansen, hatte in seinem Schreiben vom 29.11.2011 an die Senatorin zunächst mitgeteilt:

> „Die Quote [an Pflegepersonal mit Fachweiterbildung oder fünfjähriger Erfahrung] im Klinikum Bremen-Mitte beträgt 58,63% und überschreitet somit die geforderten 40%.“[70]

Dies war die Zahl, die ihm von der pflegerischen Geschäftsführung des KBM am Tag zuvor per Mail mitgeteilt worden war:

> „Sehr geehrter Herr Dr. Hansen,
>
> die prozentuale Quote der pädiatrisch fachweitergebildeten Intensivpflegemitarbeiter sowie der über fünf Jahre beschäftigten Pflegemitarbeiter auf einer Neonatologie / IST betrug im Jahr 2010 58,63 %.
>
> Für ein Level 1 Zentrum sind aktuell 40% gefordert.“[71]

Diese Mitteilung war **falsch**. Auf Nachfrage des Ausschusses, wie hoch denn der Anteil der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung sei, wurde von der pflegerischen Geschäftsführung folgende Aufstellung mitgeteilt:

	Fachweiterbildung	Mehr als fünfjährige Erfahrung
Jahr 2010	21,57 %	58,63 %
Jahr 2011	25,00 %	50,00 %

[69] Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen, Anlage 1, Seite 2, http://www.g-ba.de/downloads/83-691-164/Vb-NICU-Anl12009-08-20_neu.pdf
[70] Band 58, S. 318
[71] Band 201, S. 755

> Die o.g. Quote betrug für das Pflegepersonal 4027/4028:
>
> Im Jahr 2010 = 80,20 %
> Im Jahr 2011= 75 %.“[72]

In den schriftlichen Aussagen der Pflegekräfte geben 8 von 32 Stammkräften an, eine Fachweiterbildung zu haben (4 aus Station 4027 und 4 aus Station 4028). Von den übrigen 44 Stammkräften gibt es keine Aussage. Die Angaben zur Fachweiterbildungsquote sind somit nicht überprüfbar, scheinen aber zumindest plausibel.

Die Vorschriften des GBA sind also hinsichtlich der Quote formal eingehalten worden. Tatsache ist aber, dass dies nur aufgrund der vom GBA eingeräumten Übergangsfrist der Fall war. Die Quote der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung war gemessen an der Zielvorstellung des GBA niedrig. Dies wurde auch von einem der Oberärzte auf der Station als defizitär angesprochen:

> „Neben der Quantität muss leider auch die Qualität angesprochen werden. Die Zahl der Pflegenden mit Intensivkurs liegt deutlich unter den geforderten 40%, wir Ärzte erleben darüber hinaus, dass ganz erhebliche pflegerische Defizite die Versorgung der extrem kleinen Frühchen gefährden.“[73]

Hinsichtlich der Anwesenheit mindestens einer fachweitergebildeten Kraft pro Schicht kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Vorschrift des GBA eingehalten worden ist. In dem oben zitierten Schreiben der pflegerischen Geschäftsführung an den PUA heißt es dazu:

> „In jeder Schicht sind in der Regel eine Kinderkrankenpfleger und/oder –pflegerin mit Fachweiterbildung bzw. fünfjähriger Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege eingesetzt worden.“[74]

Die Formulierung „in der Regel“ räumt bereits ein, dass die Anwesenheit einer entsprechenden Kraft nicht durchweg gegeben war. Vor allem aber wird nicht realisiert, dass der GBA hier nicht zulässt, ersatzweise für die Übergangsfrist auch Pflegekräfte mit fünfjähriger Erfahrung anzurechnen.

Die Einhaltung dieser Vorschrift war mit dem niedrigen Anteil an fachweitergebildeten Kräften auch kaum möglich. Wie sich aus den Berechnungen auf Seite 35 ergibt, braucht man 12 fachweitergebildete Vollzeitkräfte, um auf 2 getrennten Stationen rund um die Uhr 1 fachweitergebildete Pflegekraft anwesend zu haben. Bei einer Fachweiterbildungsquote von 21,57 bzw. 25,00 Prozent standen 2010 knapp 12 fachweitergebildete VK und 2011 knapp 14 fachweitergebildete VK zur Verfügung. Es hätte einer extrem ausgefeilten Dienstplanung und einer absolut zuverlässigen Einhaltung dieser Planung bedurft, um wirklich zu jedem Zeitpunkt auf beiden Stationen die Anwesenheit einer fachweitergebildeten Kraft zu gewährleisten. Die Dienstpläne enthalten keinerlei Hinweise auf Fachweiterbildung, so dass nichts darauf hinweist, dass eine solche Planung auch nur versucht worden wäre. Eine zufällige Stichprobenauswahl ergibt denn auch, dass z.B. an den 3 Tagen vom 29. bis 31.07.2011 die Nachschicht mit genau 2 Kräften besetzt war, die beide keine Fachweiterbildung haben.[75]

---

[72] Schreiben der Geschäftsführung Pflege KBM vom 14.06.2012 an den PUA
[73] Mail eines der Oberärzte an die pflegerische Geschäftsführung vom 28.11.2011, Band 58, S. 324
[74] Schreiben der Geschäftsführung Pflege KBM vom 14.06.2012 an den PUA
[75] Dienstplan Juli 2011 Pflege 4027, Band 57, S. 166 ff. und Angaben zur Fachweiterbildung in den schriftlichen Anhörungen der Pflegekräfte, Band 195, S. 33 und 50.

Die GBA-Vorschrift ist also hinsichtlich der generellen Fachweiterbildungsquote formal eingehalten worden, aber nur aufgrund der Übergangsfrist. Sie ist hinsichtlich der Anwesenheit von mindestens einer fachgebildeten Pflegekraft in jeder Schicht *nicht* eingehalten worden.

1.5 Verschlechterung der Personalsituation durch die Zentralisierung

Am 22. Juni 2009 beschloss der Aufsichtsrat der GeNo, unter Vorsitz der damaligen Senatorin Ingelore Rosenkötter und unter Anwesenheit des damaligen Staatsrats Hermann-Schulte-Sasse, das sogenannte **„Medizinische Zukunftskonzept“.**[76] Damit wurde auch die **Zentralisierung der Frühgeborenen-Medizin im Klinikum Bremen-Mitte** beschlossen. Frühgeborene unter 1.500 g wurden ab Januar 2010 nur noch im KBM behandelt, die Frühgeborenen-Stationen im Klinikum Nord und im Klinikum Links der Weser behielten nur noch Frühgeborene oberhalb dieser Grenze.

Kern des „Medizinischen Zukunftskonzepts“ war die Bildung standortübergreifender Zentren zwischen den vier Klinikstandorten. Als erstes der 10 Zentren ist das künftige Eltern-Kind-Zentrum aufgeführt. Das Zentrenkonzept zielte auf „Einspareffekte durch Verlagerung von medizinischen Leistungen zwischen den Standorten.“ **Für die Zentralisierung der Neonatologie ist der Einspareffekt mit 569.000 Euro jährlich beziffert,** bei einer gleichzeitigen Verlagerung von 656.000 Euro Nettoerlösen von Nord und LdW nach Mitte, insgesamt also einer Ergebnisverbesserung von 1,2 Mio. Euro für den Standort Mitte.[77]

Entsprechend verweist auch Hansen in einem Schreiben an Huppertz vom 11.10.2010 darauf, „dass Ihre Klinik am meisten vom medizinischen Zukunftskonzept profitiert hat“.[78]

Ab April 2010 wurde die Zahl der Betten in der Frühgeborenen-Station des KBM von bislang 12 auf 16 Betten aufgestockt, also um 33 Prozent erhöht.

> „Rein operativ beginnt im März die Umsetzung Neonatologie und Brustzentrum. Hier gibt es klare Festlegungen. (…) Der Umbau der Neonatologie ist in vier Wochen fertig, im April geht es los mit der Umsteuerung der Patienten.“[79]

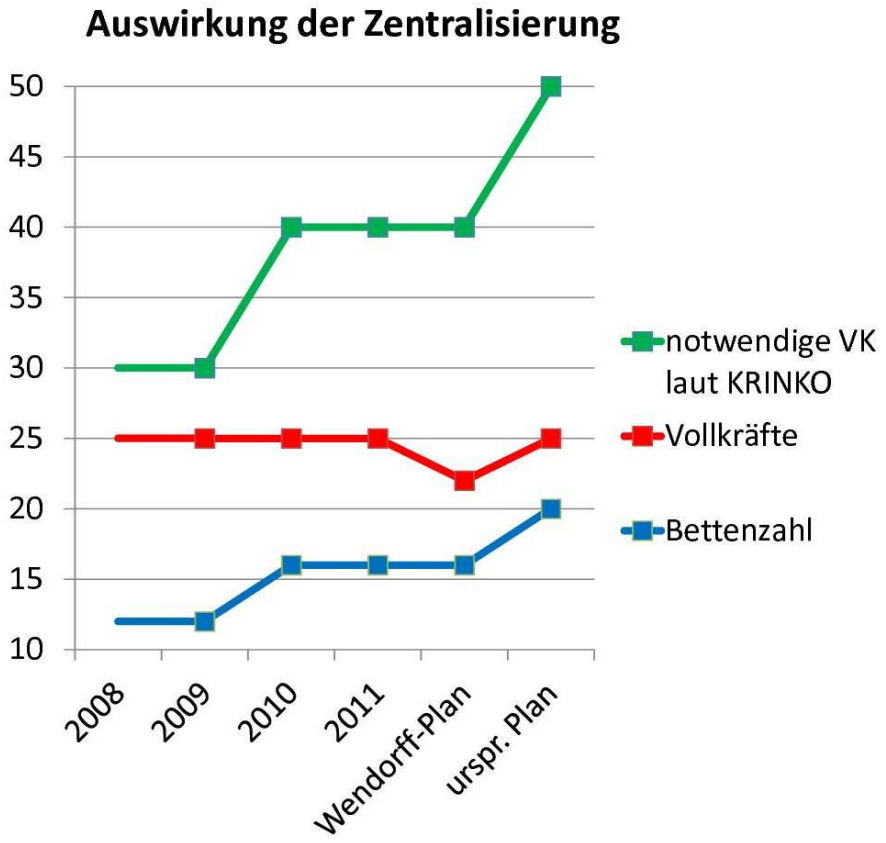
Die Erhöhung der Bettenzahl geschah, ohne dass zusätzliches Personal bereitgestellt wurde.

> „Inzwischen wurde durch die Konzentrierung der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener die Bettenzahl auf der 4027 von 12 auf 16 angehoben, in 2010 wurden 40 % mehr sehr kleine Frühgeborene versorgt.“[80]

> „Die Station wurde von 12 auf 16 Betten aufgestockt, seitdem die anderen Kinderkliniken der GeNo keine sehr kleinen Frühchen mehr behandeln. Diese Aufstockung ist ohne entsprechende Personalanhebung erfolgt. Dies geschah auch mit dem Wissen, dass schon zum Zeitpunkt der 12-Bettenstation kein ausreichendes und qualifiziertes Personal vorgehalten wurde. Die steigende Zahl von sehr kleinen FG wird also von nicht genug

[76] Band 60, Seite 47
[77] Band 60, Seite 8-12
[78] Band 63, S. 6. Dass „profitiert“ ökonomisch gemeint ist, ergibt sich aus dem Kontext des Schreibens. Huppertz hatte eine Anhebung seiner Bezüge um 20% beim Wechsel auf einen neuen Chefarztvertrag als unzureichend abgelehnt, da er „eine angemessene Vergütung erwartet“ hatte.
[79] Monatsgespräch KBR mit GF GeNo vom 8.03.2010, TOP 5 Medizinisches Zukunftskonzept – Stand der Dinge: Bericht und Präsentation durch die GF, Band 184, S. 69
[80] Schreiben Peter Lasch an Diethelm Hansen vom 21.02.2011, Band 58, S. 357

und nicht ausreichend qualifizierten Schwestern versorgt. Dies wurde von uns wiederholt der Geschäftsführung vorgetragen, hat aber zu keinerlei Konsequenzen geführt. Dauerkranke Pflegemitarbeiter und Schwangere werden nicht ersetzt, eine Weiterqualifizierung der Pflege, wie sie die Statuten des Level-1-Status fordern, wird wissentlich ignoriert.“[81]



[82]

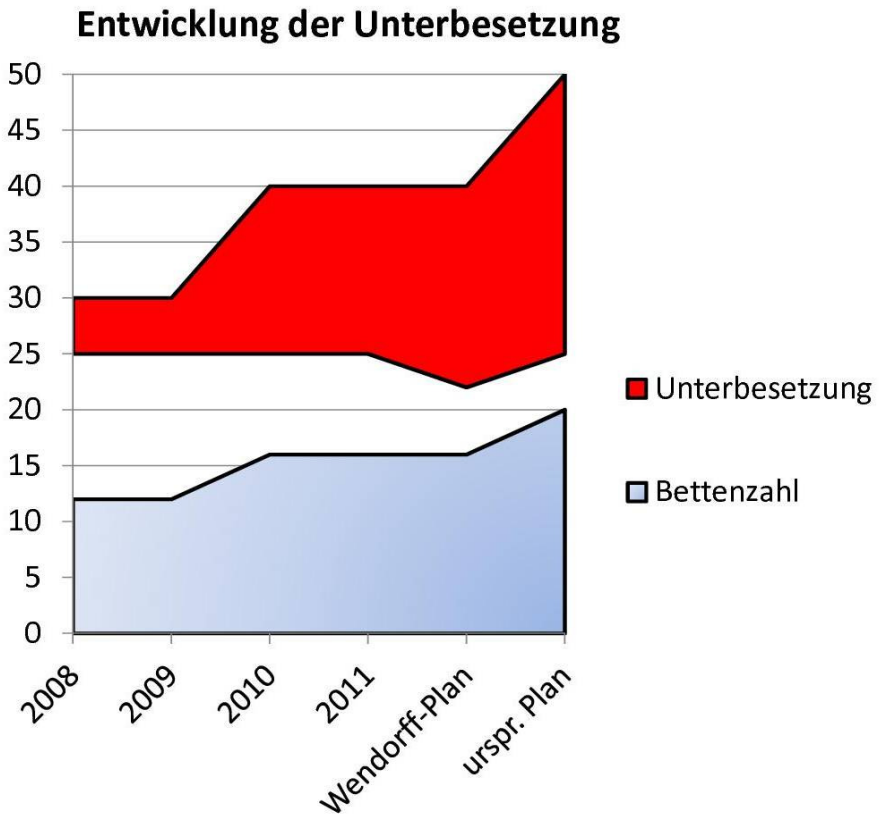
In der Wirtschaftsplanung der GeNo ist der Ist-Stand für die Station 4027 zum 13.12.2011 mit 22,84 VK angegeben, der Wirtschaftsplan 2011, der sogenannte „Wendorff-Plan“, sah eine Absenkung bis zum Jahresende auf 22,00 VK vor.[83] Für die Station 4028 ist der Ist-Stand mit 28,82 VK angegeben, der „Wendorff-Plan“ sah bis Jahresende 30,00 VK vor. Die Realität sah etwas günstiger aus. Anhand der Dienstpläne für 2011 ergibt sich eine Besetzung der Station 4027 mit Stammkräften im Umfang von 25,5 VK, die Station 4028 war mit Stammkräften im Umfang von 30,5 VK besetzt.[84] Dies scheint der Stand auch Ende 2009 gewesen zu sein. So erfasst die Personalplanungs-Vorlage, die KPMG 2010 im Aufsichtsrat vorlegte, für beide Stationen zusammen einen Bestand von 53,13 VK für das Jahr 2008.[85]

Wie oben dargestellt, lag die Personalausstattung in der Pflege vor der Zentralisierung bei ca. 2,1 VK pro Bett und damit bereits schlechter als die KRINKO empfiehlt (2,5 VK pro Bett). Durch die Erhöhung der Bettenzahl um 33 Prozent ohne Erhöhung der Personalzahl verschlechterte sich die Personalausstattung schlagartig auf 1,6 VK pro Bett, die

[81] Schreiben der Oberärzte und Stationspflegeleitungen (9 Unterschriften) an Diethelm Hansen vom 22.08.2011, Band 63, S. 119
[82] Eigene Grafik
[83] Band 187, S. 48
[84] Band 57 S. 146 ff. und S. 107 ff.
[85] Band 60, S. 155

Betreuungsrelation verschlechterte sich von 1:2,8 bzw. 1:2,3 (bei 100prozentiger bzw. bei 80prozentiger Bettenbelegung) auf 1:3,8 bzw. 1:3,0. Die Station lief damit im Normalbetrieb bereits mit einer Betreuungsrelation, bei der eine Pflegekraft 3 Frühgeborene betreute; in Spitzenzeiten mit höherer Auslastung war ein „Hochlaufen“ auf Betreuungsverhältnisse von 1:4 und darüber vorprogrammiert.

Vor der Zentralisierung hätte die Station 4027 statt 25,5 mindestens 30 VK Pflegepersonal haben müssen, um die Vorgabe der KRINKO zu erfüllen. Nach der Zentralisierung wären mindestens 40 VK (16 Betten x 2,5) erforderlich gewesen.



[86]

Die Unterbesetzung nahm demnach massiv zu. Seit der Zentralisierung war die Neonatologie um knapp 15 VK unterbesetzt – was Personalkosten von ca. 800.000 Euro jährlich entspricht.

Der Missbrauch von Zentralisierungen für die Verschlechterung der Betreuungsrelation, um den finanziellen Ertrag zu steigern, ist ein bekanntes Problem.

> „Wenn man genügend Personal hat, dann spielt es [die Stationsgröße] gar keine Rolle, dann können Sie auch 60 [Betten] machen. Es gibt eine riesige Intensivstation vom Herzzentrum in Leipzig, ich glaube, sie haben 72 Betten. Sie haben aber natürlich auch für 72 Leute Personal, das ist der Punkt! Der Knackpunkt ist ja an der Stelle, dass sie irgendwann die Betten immer weiter aufstocken, ohne Personal mitzuziehen. Da taucht das Problem auf. Wenn sie aber genügend Leute haben, das Entscheidende ist nicht die Gesamtzahl, sondern der Quotient.“[87]

[86] Eigene Grafik

[87] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-225

„Man verliert unter Umständen ab einer bestimmten Größe ein wenig den Überblick. Was aber viel gefährlicher ist, und das ist es immer, ist, dass tatsächlich das Verhältnis vom Personal zu betreuenden Patienten immer ungünstiger wird. Wissen Sie, wenn wir jetzt sagen, in Ihrem Bremer Fall jetzt einmal 14 oder so, dann ist es natürlich schnell gemacht zu sagen, da ist auch noch Platz, da machen wir jetzt einmal 15 daraus, denn jeden Tag gibt es viel Geld. Es ist ja auch bekannt, dass das vergleichsweise hoch bezahlt wird und viele Neonatologien auch dazu da sind, Teile des Klinikums mitzufinanzieren. Da ist es natürlich durchaus verführerisch, vielleicht noch einmal irgendwo ein oder zwei Betten hinzustellen, ohne das Personal zu erhöhen. Wenn Sie noch zwei Betten hinstellen und noch zwei, und immer Personal mitschieben, kein Thema, kein Problem! Aber genau das unterbleibt ja. Das schafft ihr schon noch, das bekommt ihr noch mit. Und dann haben Sie nicht immer die Leute, die sagen, nein, kann ich nicht, denn die gelten als schwach. Da gibt es immer welche, die sagen: Klar können wir das! Aber das gibt es ja in vielen Bereichen, nicht nur bei uns.“[88]

Mindestmengen-Diskussion

Die Festlegung einer vorgeschriebenen Mindestmenge an Frühgeburten unter 1.500 g für ein Perinatalzentrum war ein willkommener Vorwand, die Zentralisierung durchzusetzen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legte im August 2009 eine Zahl von 14 sehr kleinen Frühgeburten pro Jahr als Minimum für ein Level-1-Zentrum fest. Durch Gerichtsbeschluss ist auch diese Festlegung derzeit außer Kraft. Die GeNo-Geschäftsführung hatte darauf gehofft, dass die Mindestmenge höher ausfallen würde, um die Zentralisierung als gesetzlich alternativlos erscheinen zu lassen:

„Mit dem beigefügten Beschluss des GBA zu Mindestmengen für Frühgeborene unterhalb 1250, respektive 1500 g, ist nicht die von der GeNo erwartete Entscheidung zu höheren Mindestmengen (35, 50) getroffen worden. (…) Insofern stellt die aktuelle Entscheidung des GBA vielleicht keine zusätzliche argumentative Unterstützung der GeNo-Strategie dar.“[89]

„Bitte diese Info zu dem Vorgang, Bremen Nord, Neonatologie (Schreiben etc.) nehmen, damit wird ein Teil der Argumentation der GeNo ausgehebelt.“[90]

Qualitätskriterien spielten bei der Entscheidung, die Behandlung der extrem kleinen Frühgeborenen am Standort Mitte zu zentralisieren, keine Rolle. Die vorliegenden Qualitätsberichte lassen keinen Qualitätsvorsprung der Frühgeborenen-Behandlung in Mitte im Vergleich zu Links der Weser erkennen, ganz im Gegenteil.[91]

Die Aufstockung auf 20 Betten war bis zum Öffentlichwerden des Keimausbruchs keineswegs aufgegeben worden. Sie war nur zurückgestellt aus finanziellen Erwägungen, weil die gegenüber den Erwartungen der KBM-Leitung geringere Auslastung der Station die Investition in weitere vier Betten noch nicht rechtfertigte.

„Bezüglich der Neonatologie erläutert Frau Wendorff, dass bisher berichtet wurde, dass 20 neonatologische Intensivplätze angestrebt werden. Die Fallzahlentwicklung seit 2009 in beiden Gewichtskategorien bei den Neugeborenen lässt jedoch erkennen, dass die

[88] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-281

[89] Mail Helmut Gottwald (Beteiligungsmanagement SfAFGJS) an Marlies Bretsch und Hermann Schulte-Sasse „Vorbereitung S für heute Abend in Nord“, 24.08.2009, Band 61, S. 62

[90] Mail Helmut Gottwald an Petra Borgmann-Görtz, 21.08.2009, Band 61, S. 85

[91] Siehe insbesondere die risikoadjustierte Rate nosokomialer Infektionen, Neo-KISS 2010, Band 10, S. 9 und S. 193

vorhandenen 16 Plätze ausreichend sind und zum jetzigen Zeitpunkt kein zusätzlicher Bedarf gegeben ist. Temporäre Spitzen können durch Betten auf benachbarten Stationen abgedeckt werden. Die Eröffnung zusätzlicher vier Betten (d.h. ein zusätzliches Zimmer) wäre mit einem Investitionsvolumen in Höhe von 250 T€ verbunden.“[92]

1.6 Unterschreitung von Mindestbesetzungen

Sowohl auf Station 4027 wie auf Station 4028 war ein Unterschreiten der in der Dienstplanung vorgesehenen Mindest-Schichtbesetzungen an der Tagesordnung. Anhand der Dienstplan-Ausdrucke aus dem Programm SP-Expert[93] lassen sich die Mindestbesetzungen und ihre Überschreitung erkennen. Die VK-Summe für die jeweilige Schicht erscheint rot unterlegt, wenn die Mindestbesetzung nicht eingehalten ist. Die Mindestbesetzungen für die Station 4027 waren demnach festgelegt auf 5-3-3 unter der Woche und 4-3-3 am Wochenende (die 3 Zahlen stehen jeweils für die Besetzung der Frühschicht, der Spätschicht und der Nachtschicht). Für die Station 4028 waren die Mindestbesetzungen festgelegt auf 6-5-4 (unter der Woche) bzw. 5-5-4 (am Wochenende).

Diese Mindestbesetzungen wurden systematisch unterschritten. Eine Auswertung anhand der von der Geschäftsführung korrigierten Personalbesetzungen für 2010 und 2011 ergibt eine Unterschreitung von Mindestbesetzungen **an 3 von 10 Tagen für die Station 4027 und an 8 von 10 Tagen für die Station 4028** (siehe Tabellen).

Pflegekräfte							
Station 4027				**Mindestbesetzung: 5-3-3 (WE: 4-3-3)**			
2011	Tage	Tage mit 1 Schicht unter Mindest-besetzung	Tage mit 2 Schichten unter Mindest-besetzung	Tage mit 3 Schichten unter Mindest-besetzung	Tage ohne Unter-besetzung	Anzahl unter-besetzte Tage	Unter-besetzte Tage in Prozent
Januar	31	11			20	11	35
Februar	28	10			18	10	36
März	31	4			27	4	13
April	30	6			24	6	20
Mai	31	3			28	3	10
Juni	30	8			22	8	27
Juli	31	12			19	12	39
August	31	16	2		13	18	→ 58
September	30	5			25	5	17
Oktober	31	7			24	7	23
Summe	**304**	**82**	**2**	**0**	**220**	**84**	**28**
= an 28 % der Tage war mindestens für 1 Schicht die Mindestbesetzung nicht erfüllt. Im August war mehr als die Hälfte der Tage unterbesetzt.							

[94]

[92] Protokoll der 2. Aufsichtsratssitzung KBM, Band 60, S. 205

[93] Akte 57

[94] Diese und folgende Tabelle: Eigene Zusammenstellung, Daten aus Akte 66, für Juli und August 2011 Station 4028 (fehlt in Band 66) Band 188, S. 445. D.h. die Aufstellung beruht auf den von der Pflegerischen Geschäftsführung KBM gegenüber der ersten Übermittlung an das RKI teilweise bereits erhöhten Besetzungszahlen.

Pflegekräfte							
Station 4028				**Mindestbesetzung: 6-5-4 (WE: 5-5-4)**			
2011	Tage	Tage mit 1 Schicht unter Mindest-besetzung	Tage mit 2 Schichten unter Mindest-besetzung	Tage mit 3 Schichten unter Mindest-besetzung	Tage ohne Unter-besetzung	Anzahl unter-besetzte Tage	Unter-besetzte Tage in Prozent
Januar	31	9	6	4	12	19	61
Februar	28	16	4	0	8	20	71
März	31	14	8	4	5	26	84
April	30	15	12	2	1	29	→ 97
Mai	31	14	7	1	9	22	71
Juni	30	19	7	3	1	29	→ 97
Juli	31	15	9	1	6	25	81
August	31	12	16	3	0	31	→ 100
September	30	12	4	1	13	17	57
Oktober	31	10	11	9	1	30	→ 97
Summe	**304**	**136**	**84**	**28**	**56**	**248**	**82**
= an 82 % der Tage war mindestens für 1 Schicht die Mindestbesetzung nicht erfüllt. Im April, Juni, August und Oktober 2011 gab es so gut wie keinen Tag ohne Unterbesetzung.							

In den Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals wird daher mit Recht mehrmals die Formulierung von der **„geplanten Unterbesetzung“** gebraucht.

„(unter Mindestebestzung) - geplant unterbesetzt“[95]

„von vorneherein unterbesetzt“[96]

Ebenso bemerkenswert ist aber, dass die im Dienstplan ausgewiesenen Unterschreitungen der Mindestbesetzung die tatsächliche Belastungssituation verzerrt widerspiegelt. So werden Mindestbesetzungen dreimal häufiger auf Station 4028 als auf Station 4027 unterschritten, weil sie für die Station 4027 von vorneherein sehr viel niedriger angesetzt waren, während die Belastungssituation in Wirklichkeit auf der 4027 viel kritischer war.

Auch hängt die reale Überlastung natürlich von der Patientenzahl ab. Während die reale Belastung auf der Station 4027, gemessen am Betreuungsverhältnis, im August (31.-35.KW) verhältnismäßig niedrig lag und in der zweiten Septemberhälfte (37.-39.KW) rapide anstieg (siehe Grafiken Seite 43-45), bildete sich dies nicht in einer steigenden Unterschreitung von Mindestbesetzungen ab, im Gegenteil: Mit 17 Prozent lag der Anteil von Tagen mit unterschrittener Mindestbesetzung im September auf der Station 4027 vergleichsweise günstig. Während des ganzen Jahres liegt dieser Anteil auf der Station 4027 erheblich unter den Werten der Station 4028.

Über den Ausweis von unterschrittenen Mindestbesetzungen im Dienstplan fand also auch eine Fehlsteuerung statt. Ursächlich dafür war vor allem die **generell viel zu niedrige Bemessung der Mindestbesetzungen für die Station 4027.**

[95] Überlastungsanzeige Station 4027, 24.10.2010, Band 161, Seite 618

[96] Überlastungsanzeige Station 4027, 23.10.2010, Band 161, S. 619. Die Unterzeichnerinnen sind andere als die der vorstehenden Überlastungsanzeige.

1.7. Überlastungsanzeigen

Aus den Überlastungsanzeigen des pflegerischen Personals zeigt sich eine realistischere, vielfach erschütternde Darstellung der tatsächlichen Betreuungsengpässe in der Kinderklinik. **Von den 7 Ordnern mit pflegerischen Überlastungsanzeigen aus dem KBM entfallen ganze 2 Ordner auf die Kinderklinik.** Die Überlastungsanzeigen aus der Kinderklinik sprechen eine deutliche Sprache:

> „Wie schon zum xten Mal auf dieser Station Überbelegung!!! Schwerstkranke Kinder, OP’s, Zugänge, Entlassungen. Man arbeitet Nonstop ohne Pause!! So kann + darf es nicht weitergehen! Hilfe!“[97]

> „Fast alle Zimmer sind dreckig und sehr unordentlich, seit Tagen schaffen wir es nicht aufzuräumen und gründlich zu wischen. Viele unzufriedene Eltern, werden ständig vertröstet.“[98]

Der größte Teil der Überlastungsanzeigen aus der Kinderklinik entfällt auf die Station 4027. ganz überwiegend auf die Station 4027. Im Ausschuss wurden teilweise fast idyllische Schilderungen eines „nicht-intensiven“, mäßig aufwändigen „Aufpäppelns“ der Frühgeborenen vorgetragen:

> „Abg. Frau Bernhard: Sie würden mir aber doch zustimmen, dass der Bereich der Neonatalogie durchaus in die Gruppe der hoch intensiv zu Betreuenden fällt?
>
> Zeuge Dr. Schulz-Stübner: Nein, eigentlich nicht! Sie haben gerade in der Neonatalogie, wenn die Frühchen sozusagen frisch kommen, manchmal drei auf einmal und sind in der kritischen Phase, dann haben Sie eine hohe Intensität. (…) Dann sind sie aber auch häufig sehr lange, bis sie nämlich ihren Reifegrad erreicht haben, auf der Station, und in diesen späteren Phasen ist es mehr eine Intensivüberwachung und -pflege, da haben Sie nicht mehr die Kreislaufunterstützung, nicht mehr die Infusionen, die gewechselt werden müssen, da kommen sie vielleicht auch mit eins zu vier hin, denn da sind die Eltern mit dabei, die machen Känguru-Pflege. Dann geht es wirklich darum - was man im Jargon manchmal Päppelkinder nennt -, das Frühchen wird aufgepäppelt, in den Reifegrad gebracht, es hat aber keine wirklich intensivmedizinische Betreuung, keine Beatmung mehr.“[99]

> „Bei manchen Kindern ist das so, dass die Eltern rund um die Uhr dabei sind, manchmal ist es so, dass die Kinder nur ein bisschen Lichttherapie brauchen, und manche brauchen lediglich die Versorgung wie Füttern und Windeln, das war es dann schon.“[100]

Mit der Realität der Station 4027 hatte das nichts zu tun. Die Überlastungsanzeigen aus Station 4027 enthalten meistens genaue Schilderungen der Belegungssituation und der medizinischen Anforderungen, aus denen die Belastung deutlich hervorgeht.

> „4 intubierte, 2 CPAP Kinder (aufwändige Kinder). 1 Spätdienstkraft musste bis 24:00 h bleiben (11 Arbeitsstunden). Stationsleitung 17:00 h gegangen (nach Tagdienst), 24:00 wieder gekommen, weitere 6 ½ h gearbeitet.“[101]

---

[97] Überlastungsanzeige Station 1, 01.04.2009, Band 160, S. 20
[98] Überlastungsanzeige Station 3804, 14.07.2011, SD, Band 160, S. 123
[99] Sebastian Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-487 f.
[100] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 27-3858
[101] Überlastungsanzeige Station 4027, 21.10.2010, Band 161, S. 620

> „6 Kinder mit CPAP-Atemunterstützung, 4-5 Patienten pro Schwester. Neuaufnahmen sind da theoretisch nicht möglich, ab 3 Uhr 1 Schwester kontinuierlich bei 1 Patienten mit Dauerapnoe/Infektion.“[102]

> „Extrem hoher Arbeitsaufwand (…) 11 zu versorgende Kinder davon 2 Kd. Mit CPAP (…) Isolierzimmer, darin: 1 Kind mit CPAP-Atemunterstützung, 1 Kd musste in dieses Zimmer mitaufgenommen werden (…) 1 Kind zur Versorgung bei einer HIV-positiven Mutter (…) konstante Anleitung der Eltern durch hohen Arbeitsaufwand nicht möglich – potentielle Gefahr der Keimverschleppung – ohne die Hilfe der Eltern wäre die Grundversorgung der Kinder nicht zu gewährleisten.“[103]

Die Äußerung des Betriebsratsvorsitzenden:

> „ Dieser Indikator [die Überlastungsanzeigen] hat uns aber eigentlich gezeigt, dass es im Jahr 2011 (…) keine großartigen Überlastungssituationen gegeben hat“[104]

ist nur vor dem Hintergrund der allgemeinen Überlastungssituation am KBM verständlich. Nach einer vom Betriebsrat vorgelegten Statistik sind im Jahr 2011 am KBM 700 bis 750 Überlastungsanzeigen eingegangen, d.h. etwa 1 Überlastungsanzeige pro 3 MitarbeiterInnen bzw. pro 2 Vollkräfte. Die Zahl der Überlastungsanzeigen aus der 4027 betrug 13 im Jahr 2011, bei 33 MitarbeiterInnen und 25 VK. Auch die Überlastungsanzeigen aus anderen Bereichen des KBM lassen an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig:

> „Zur Zeit sind 26 Betten belegt bei 35 Planbetten. Die Nachschicht wurde mit 1 examinierten Pflegekraft [gefahren], auf Station waren zur Zeit 5 frisch operierte Pat. Die natürlich nicht adäquat versorgt werden konnten,1 Patientin die Aphaliker ist und zweistündlich gelagert werden musste, ein Patient der (…) versuchte über die Bettgitter zu steigen, eine dritte Patientin die Übelkeit hatte und mehrmals erbrochen hat, die Betätigung der Klingeln … Die Hausnachtwache kam nach Abruf zum Helfen, musste aber auch auf einer anderen Station aushelfen.
> Die ‚Pflege‘ die momentan durchgeführt wird in diesem Haus, ist meiner Meinung nach verantwortungslos. Ich gehe hier mit keinem ruhigen Gewissen nach Hause.“[105]

	Anzahl Überlastungsanzeigen						
Station	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
4028			4		3	2	9
4027	3	1	9	6	10	13	5

In aller Regel blieben die Überlastungsanzeigen folgenlos. Es existiert ein Formular, auf dem eigentlich seitens der Pflegeleitung kommentiert werden soll, welche Reaktionen auf die Anzeige der Überlastungssituation hin ergriffen wurden oder warum keine mehr ergriffen wurden. Solche Formulare liegen für die Jahre bis einschließlich 2009 noch vor, danach nur noch in Ausnahmefällen. Für die Jahre bis einschließlich 2008 ist ersichtlich, dass noch auf Überlastungsanzeigen reagiert wurde und tatsächlich in vielen Fällen Extrawachen, Aushilfen oder „Flieger“ mobilisiert werden konnten. Ab 2009 ist das mit wenigen

[102] Überlastungsanzeige Station 4027, 28.09.2011, Band 161, S. 606
[103] Überlastungsanzeige Station 4027, 22.10.2011, Band 161, S. 602 f.
[104] Thomas Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Anhörung 18-2535
[105] Überlastungsanzeige Station 4112 (Allgemeine Chirurgie), 12.07.2011, Band 163, S. 286

Ausnahmen nicht mehr der Fall gewesen. In 2009 wurden die Kommentar-Formulare noch rituell mit Copy-and-Paste ausgefüllt und erläutern, warum keine Abhilfe geschaffen werden konnte oder weshalb die Überlastungssituation entstanden war. Ab 2010 fand auch das nicht mehr statt.

Da die Feststellung des Gutachters Walter Popp, auf Überlastungsanzeigen sei nicht reagiert worden, von der senatorischen Behörde explizit in Frage gestellt wurde, sind in der Folge alle Überlastungsanzeigen aus den Stationen 4028 und 4027, die dem Ausschuss vorlagen, tabellarisch aufgeführt einschließlich stattgefundener Reaktionen.[106]

Station 4028, Zeitraum 2008-2012

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
22.03.2008	4028	ND	4			
22.03.2008	4028	SD	5		„davon schon 1 Extrawache und 1 schwangere Kollegin“	
30.04.2008	4028	SD	4			„Es wurde kurzfristig eine Hilfe von Stat. 4027 angefordert.“
05.05.2008	4028	ND	4	14	10 beatmet, 1 MRSA	„Keine Hilfe bekommen“
30.07.2010	4028	SD	3+1	11	„Eine Schwester wurde zum Aushelfen auf eine andere Station (4027) abgezogen. Dafür kam eine examinierte Schwester (3805) zum Aushelfen. (…) viele schwerstkranke Patienten.“	
30.07.2010	4028	ND	4	11	1 ECMO[107]	
28.10.2010	4028	SD	4+1	13	Bei 12 Planbetten. „2 Verlegungen / 3 Aufnahmen (…) 1 operativer Eingrif auf Station. 2 Patienten mit besonderen hygienischen Richtlinien“	
05.01.2011	4028	FD	4	7	„7 beatmete Kinder davon wurden 3 Kinder intubiert. 2 wurden bronchoskopiert, ECMO wurde abgestellt und dekanuliert, ein Isolierzimmer bei MRSA, 3 Kinder mit RSV[108]; 2 Dienstleistungen für andere Station sind durch den Zwischendienst übernommen worden (stellv. Stationsleitung). Frühstück war nicht möglich.“	
04.04.2011	4028	SD	4	9	1 musste aus Cuxhaven ein NG abholen. „4 offene Zimmer bei 3 PK“	
21.02.2012	4028	SD	3+1	5	„1 Schwester bei ECMO, 1 Schwester bei ESBL-Klebsiellen, dazu 2 Neuointensiv-Patienten, die flexible Arbeitskraft ist aus einem fremden Haus im Intensivkurs“	
25.02.2012	4028	SD+ND		11	„2 Kohortenisolierungen mit jeweils 1 Pflegekraft die keinen! anderen Pat.-Kontakt lt. Direktion haben darf, ECMO = 1	

[106] Band 161. Die Tabelle wurde chronologisch geordnet.

[107] ECMO = künstliche Beatmung durch direkte Sauerstoffanreicherung des Blutkreislauf (Extrakorporale Membranoxygenisierung). Im Gegensatz zu einer Lungenmaschine wird nicht die Lungenatmung übernommen, sondern das Blut außerhalb des Körpers mit Sauerstoff versetzt.

[108] RSV = Virusinfektion (Respiratory-Syncytial-Virus), Befall der Atemwege

					Pflegekraft, 2 Pflegekräfte betreuen 3 beatmete, 1 CPAP[109] und ein Onkologiekind = 5 Kinder (…)“	
25.02.2012	4028	FD		10	ähnlich „Neuaufnahmen oder Krisen bei den anderen Patienten hätten nicht aufgefangen werden können.“	
25.02.2012	4028	ND	5		ähnlich „Es muss 1 MA 3 Pat. versorgen + Schockraum bedienen + Kreissaal“	
26.02.2012	4028	FD		9	ähnlich	
28.02.2012	4028	SD	4		ähnlich	
29.02.2012	4028	ND	5		„Wie die letzten Tage. 1 MA Iso1, 1 MA Iso2, 1 MA Iso3 = 3 MA. 1 MA Neonatalbox + 1 MA Chir. Versorgung = 2 MA für 5 Pat., Ngb Abholdienst einschl. Kreissaal, Frauenklinik, Schockraum, Nebenarbeiten. Das Auslösen zur Pause ist physikalisch nicht möglich.“	
29.03.2012	4028	ND	5	12	ähnlich	
31.03.2012	4028	ND	4	8	ähnlich	

Station 4010

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
08.08.2006	4010	ND	1	18	„Alleine Nachtdienst bei 18 Kindern (9 sectio[110]) Kollegen abgezogen auf 4027“	Dienstanordnung an eine PK

Station 4027, Zeitraum 2006-2008

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
05.08.2006	4027 (?)	ND				
09.08.2006	4027	ND	3.	10	„Eine PK von 4027 wurde oberärztlich angeordnet auf die 4028 abgestellt.“	Aushilfe durch 1 PK von 4010
14.10.2006	4027	SD	3	6	5 beatmet, 1 Herzinsuffizienz	1 Aushilfe von 4010
04.03.2007	4027	FD	2			
28.03.2008	4027	SD	2	11	5 beatmet, Aufnahme/ Verlegung	1 Aushilfe von Stat. 3
28.03.2008	4027	ND	2	11	5 beatmet	
02.05.2008	4027	FD	3			
04.05.2008	4027	FD	2	13	3 beatmet, 1 Austausch-transfusion, 1 cito-sectio[111] 25.SSW, 14.Kind mittags aufgenommen „Kinder konnten nur notdürftig versorgt werden.“	2 Extrawachen aus der KiKli

[109] CPAP = Atemunterstützung (Constant Positive Air Pressure). Form der Beatmung, die Spontanatmung des Patienten durch Überdruckmaske oder Tubus unterstützt

[110] sectio = Kaiserschnitt

[111] cito-sectio = Notfall-Kaiserschnitt

09-12.05. 2008	4027	ND				1 Einbestellung einer Extrawache
31.05.2008	4027	ND	2	12		1 Einbestellung einer Extrawache
05.07.2008	4027	ND	2	15	„15 Kinder davon 4 mit Atemhilfe, 2 Aufnahmen über Nacht“	1 Flieger
12.09.2008	4027	ND	2	13	„13 Kinder davon 4 mit Atemhilfe, 1 hochintensives Kind“	1 Einbestellung einer Extrawache
13.09.2008	4027	ND	2	13	„13 Kinder davon 2 Beatmete, 4 mit Atemhilfe, davon 2 nachts beatmet“	1 Einbestellung einer Extrawache
27.12.2008	4027	SD /N D	3/2			
28.12.2008	4027	ND	3/2			
30.12.2008	4027	FD	3	15		KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Es wurde versucht durch Verlegung die Station zu entlasten. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
30.12.2008	4027	ND	3	10/ 15	„Anfangs 10 Pat., nachts 5 Aufnahmen, 7 instabile beatmete FG“	KPL: „Die Mindestbesetzung war gewährleistet. Das erhöhte Arbeitsaufkommen entstand durch die vorher nicht absehbaren fünf Aufnahmen.“
31.12.2008	4027	FD	3	14	„14 Kinder, davon 3 mit Beatmung“	

Station 4027, Jahr 2009

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
01.01.2009	4027	FD	3	14	„14 Kinder, davon 3 beatmet“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
01.01.2009	4027	SD	3	14	„14 Kinder, davon 3 beatmet“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
02.01.2009	4027	FD	4	14	„14 Kinder, davon 3 beatmet. 4 Verlegungen. 1 Aufnahme“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
03.01.2009	4027	FD	4	11	„11 Kinder, davon 3 beatmet. 1 Aufnahme beatmetes Kind“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“

05.01.2009	4027	FD	3	14	„14 Kinder, davon 3 mit Beatmung“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
21.02.2009	4027	SD	2		„2 beatmete Kinder, davon eines, welches im Sterben lag. 2 CPAP Kinder. 1 Kind einer Methadonsubstituierten mit starkem Entzugssyndrom“	KLP: „11 Kinder wurden auf der Station versorgt. Es waren drei Examinierte von der Station, eine examinierten Kinder-krankenschwester aus der Fachweiterbildung KWB und eine Auszubildende im Spätdienst geplant. Eine examinierte Kollegin fiel krankheitsbedingt aus. Am Freitag war die Einschätzung, dass mit dieser Besetzung die Versorgung möglich sei. Der hohe Arbeitsanfall resultierte daraus, dass der Zustand eines Kindes sich massiv verschlechterte und dann die Sterbephase begleitet wurde.“

Station 4027, Jahr 2010

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
07.02.2010	4027	FD	3	13	Bei 12 Planbetten	„Oberschwester wurde am 6.2.10 informiert. Konnte keine Lösung anbieten. Station 4028 konnte keine Kollegin zur Aushilfe schicken. Alle angerufenen Kolleginnen / Extrawachen konnten nicht aushelfen!“
21.10.2010	4027	ND	2	12	Bei 16 Planbetten 4 intubierte, 2 CPAP-Kinder	
23.10.2010	4027	FD	3	10	Bei 16 Planbetten „Von vornherein unterbesetzt. Von den 10 Betten 3 beatmete Patienten, 2 CPAP Kinder, 2 sehr aufwändige kranke Kinder“	
24.10.2010	4027	FD	3	10	„unter Mindestbesetzung. Geplant unterbesetzt, 6 beatmete Kinder (davon 3 extrem kl. FG/ 25. SSW), 3 sehr kranke Kinder mit hohem Arbeitsanfall, Verlegung/ Transport eines Kindes“	
27.10.2010	4027	SD	3	14	„4 sehr kl. FG – beatmet, 3 sehr kl. FG m. CPAP versorgt, 7 weitere Kinder m. lebensbedrohlichen Erkrankungen.“	
28.10.2010	4027	SD	3	15	„4 sehr kl. FG – beatmet, 3 sehr kl. FG m. CPAP versorgt, 7 weitere Kinder m. lebensbedrohlichen Erkrankungen, inklusive 2 Aufnahmen.“	
05.11.2010	4027	ND	3	16	„6 beatmete Kinder (2 davon war eine ständige Anwesenheit der Schwester erforderlich - Sitzwache) 1 Kind unter max. Therapie (NO / Insulin ect.) 3 Kreißsaal Einsätze, davon 2 Aufnahmen. 1 Reintubation.“	1 Extrawache
06.11.2010	4027	ND	4	16	„5 beatmete Patienten. Zwei davon war die ständige Anwesenheit der Schwester	

					nötig – Sitzwache. Nachbetreuung eines verstorbenen Patienten“	
08.12.2010	4027	SD	3	11	„8 beatmete Kinder“	
09.12.2010	4027	ND	2+ 1	11	„7 beatmete teils instabile (sehr) Frühgeborene, bei denen eine adäquate Versorgung in einer Notfallsituation nicht möglich gewesen wäre, da eine Kollegin mit Ärztin einen Einsatz im Kreißsaal hatte. Da die flexibel einzusetzende Mitarbeiterin keine Einweisung in Beatmungsgeräte u beatmeten Kindern sowie Kreißsaal hatte. Da solche Situationen aus der Vergangenheit keine Seltenheit sind und diesbezüglich schon Gespräche gelaufen waren mit dem Ergebnis dass die als dritte eingesetzte Mitarbeiterin in allen Belangen eingewiesen sein muss, um in Notfallsituationen adäquat handeln zu können.“	

Station 4027, Jahr 2011

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
07.04.2011	4027	FD	4	16		„Stationspflegeleitung hat alle Kolleginnen angerufen. Es ist Ferienzeit, niemand erreichbar, oder keine Kinderbetreuung. Stationspflegeleitung als 3. Examinierte Kraft eingesprungen.“
29.04.2011	4027	FD		9	„Mindestbesetzung 4 Ex. in der Frühschicht, durch Krankheit 2 Ausfälle, 2 Ex. und die Stationspflegeleitung, bei 4 Beatmungskindern und aufwändigen Fütterkindern (3) und Verlegungen auf andere Stationen.“	
05.05.2011	4027	SD	3	14	„4 beatmete Kinder. 10 weitere Kinder mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Hoher Pflegeaufwand. 1x Kreißsaaleinsatz mit 50 min. Anwesenheits-pflicht. 1x Neuaufnahme.“	
28.09.2011	4027	ND	3	13	„6 Kinder mit CPAP-Atemunterstützung, 4-5 Patienten pro Schwester. Neuaufnahmen sind da theoretisch nicht möglich, ab 3 Uhr 1 Schwester kontinuierlich bei 1 Patienten mit Daueranpoe[112]/Infektion.“	
14.10.2011	4027	SD	3	7	1 Mitarbeiterin ausgefallen wg. Ersatz-Einsatz auf Station 4028. „Isolation eines sehr intensiven, pflegeaufwändigen Kindes, bei Anwesenheitspflicht einer Schwester. Zusätzlich CPAP-pflichtige Kinder, ein intensivpflichtiges intubiertes Kind und Mutterberatung – Begleitung – Unterstützung. 1 Kollegin erst ca. ½ Jahr	

[112] Apnoe = Atemstillstand

					auf Station + eine Aushilfe von der 4028 durch Krankheitsfall auf Station.“	
15.10.2011	4027	SD	3			
22.10.2011	4027	SD	3	11	„Extrem hoher Arbeitsaufwand (…) 11 zu versorgende Kinder davon 2 Kd. Mit CPAP (…) Isolierzimmer, darin: 1 Kind mit CPAP-Atemunterstützung, 1 Kd musste in dieses Zimmer mitaufgenommen werden (…) 1 Kind zur Versorgung bei einer HIV-positiven Mutter (…) konstante Anleitung der Eltern durch hohen Arbeitsaufwand nicht möglich – potentielle Gefahr der Keimverschleppung – ohne die Hilfe der Eltern wäre die Grundversorgung der Kinder nicht zu gewährleisten.“	
22.10.2011	4027	ND	3	11	„Isolationszimmer, 4 Kinder mit CPAP“	
23.10.2011	4027	ND		11	„Isolationszimmer, 5 Kinder mit CPAP“	
24.10.2011	4027	ND	3	13	„2 Kinder sectioniert und aufgenommen (…) 2 Kinder in Isolierung bei ESBL-Besiedlung (…) 5 Kinder mit CPAP-Atemhilfe / pro Schwester 5-6 Kinder zu versorgen.“	1 PK nach Rufbereitschaft 21.40 – 2.30 anwesend
25.10.2011	4027	ND	3	11	„2 Kd. In Isolierung bei ESBL-Besiedlung – 1 Schwester. 1 Kd extremer Aufwand: Intub., 2 x Drainage, 4 x Röntgen, 1 x Kathederanalge. Versorgung von 21-3 Uhr kontinuierlich von einer Schwester.“	
26.10.2011	4027	ND	3	11	„2 Kinder mit ESBL-Besiedlung in Isolierungszimmer (…)“	
31.10.2011	4027	ND	4	14	„3 geöffnete Zimmer, davon 1 Isolierungszimmer ESBL-Klebsiellen mit 4 Kindern belegt. Davon 1 Kind intubiert + Sepsis + Katecholamine[113], 1 Kind CPAP (…) um 1.45 Uhr kleines Frühgeborenes der 25. SSW geboren. NVK-Anlage, Röntgen, intubiert + beatmet. Zwillinge – einer CPAP-Atemhilfe (…)“	

Station 4027, 2012

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
03.02.2012	4027	SD	3	6	„Eine Aufnahme um 14 h eines reanimationsbedürftigen Säuglings (…) erschwerte Aufnahmebedingungen aufgrund fehlender Materialien (…)	
20.02.2012	4027	SD	3	9	„9 Kinder, davon 4 Kinder mit CPAP-Atemhilfe (…)1 Kind mit Thoraxdrainage, hoher Pflegeaufwand (…)“	
20.02.2012	4027	ND	3	9	„2 intubierte beatmete kleine Frühgeborene 24 SSW, 5 CPAP beatmete instabile Kinder, 2 Frühgeborene mit hohem Pflegeaufwand“	
25.02.2012	4027	SD	4	10	„Zeitraum d. erneuten ESBL-Krise. Isolationszimmer: 24.SSW, red. AZ, beatmet. Kohorte: 6 Pat., 24.SSW (…), 28.SSW (…). „sauberes Zimmer“: Kd. mit Asphyxie, 24.SSW mit CPAP, 34. SSW.“	

[113] Katecholamine = Herz-Kreislauf-Mittel (z.B. Adrenalin)

25.02.2012	4027	FD	4	10	„Zimmerpflege, bei 3 Pat.Zimmern, davon 1 Isolationszimmer. Cito-Sectio bei reanimationspflichtigem Kd., 2 Pflegekräfte im Kreißsaal eingebunden, auf Station 2 Pflegekräfte bei 9 Kd. zuständig (davon 3 Kd. beatmet, instabil), kompl. Aufrüstung Bettplatz samt Beatmungsgerät. Versorgungsgeschehen Zugang: 1 Schwester zuständig (alleinig), Hinzuziehung 2er Oberärzte um Versorgung der anderen Pat. gewährleisten zu können (…)“	

In der zeitlichen Zusammenschau auffällig ist, dass die Überlastungsanzeigen auf der Station 4027 ab Ende 2008 **fast vollständig in 5 Phasen fallen:**

- Dezember 2008/ Januar 2009, vor dem Ausbruch Januar 2009
- Oktober-Dezember 2010, ohne zeitlichen Zusammenhang mit einem bekannten Ausbruchsgeschehen
- April/Mai 2011, vor und während dem erneuten Einsetzen der Infektionswelle
- September/Oktober 2011, vor und nach dem Wiederauftreten des Keims nach der „Pause“ zwischen dem 7.9.2011 und dem 12.10.2011
- Februar 2012, parallel zum erneuten Ausbruch ab 21. Februar 2012

Die Überlastungsanzeigen aus dem Oktober 2011 und dem Februar 2012 zeigen auch deutlich, **dass es nicht gelang, nach dem jeweiligen erneuten Keimauftreten durch entsprechenden Personaleinsatz eine zuverlässige, sichere Pflegesituation zu schaffen.** Gerade unter der Bedingung einer erkannten Keimsituation stieg die Personalbelastung enorm an, weil Isolierzimmer und eine teilweise 1:1-Betreuung angeordnet wurden, die Belastungssituation für die anderen Pflegekräfte dadurch aber desto mehr zunahm.

1.8. Nichtbeachtung von Warnhinweisen

Die pflegerische Unterversorgung der Frühgeborenen-Station war bekannt, ebenso die Tatsache, dass damit eine Gefährdung der Patientensicherheit vorlag. **Alle Verantwortlichen wussten seit längerem davon oder hätten davon wissen können,** wenn sie zugängliche Informationen genutzt hätten. Die Liste der Warnhinweise war lang und reichte weit zurück.

Am **21.09.2010** befasste sich der Aufsichtsrat der GeNo mit den „Ergebnissen der Personalbedarfsermittlung“, die von der Firma KPMG vorgenommen worden war[114] und in Form einer Präsentation vorgestellt wurde.[115] Am **22.11.2010** befasste sich dann der Aufsichtsrat des KBM mit den „Ergebnissen der Personalbedarfsermittlung“[116]. Im AR wurden die Ergebnisse der „erlösorientierten Personalbedarfsermittlung“ für das KBM in einer ausführlichen Präsentation detailliert stationsbezogen dargestellt.[117] Darin war

[114] Protokoll der AR-Sitzung GeNo, Band 60, S. 85
[115] Band 60, S. 52 ff.
[116] „Frau Wendorff informiert mittels Power Point Präsentation im Einzelnen über die Personalplanung, Personalkennzahlen sowie Planungssystematik im KBM“. Protokoll der AR-Sitzung KBM, Band 60, S. 162
[117] Band 60, S. 138 ff.

enthalten, dass die „Kinderklinik intensiv“, d.h. die Stationen 4027 und 4028 zusammen, selbst nach Maßstäben von KPMG um 5 pflegerische Vollkräfte unterbesetzt war.[118]

Dieser Befund war auch in den Verhandlungen Gegenstand, die im Frühjahr 2011 zur Personalbesetzung in der Kinderklinik stattfanden, zwischen Kinderklinik-Leitung, Zentrumsleitung, KBM-Geschäftsführung und GeNo-Leitung.

> „Angesichts der geschilderten Unterbesetzung selbst im Vergleich zu den KPMG-Zahlen haben Sie empfohlen, 3 Stellen in der Professor-Hess-Kinderklinik/Allgemeinpädiatrie zu besetzen.“[119]

Die KPMG-Zahlen waren also auch im Detail Thema. Allerdings thematisierte die Leitung der Kinderklinik hierbei nur die ärztliche Unterbesetzung und im Wesentlichen nur die 4028.

Am **9.11.2010** wandte sich der leitende Oberarzt der Kinderklinik direkt an den GeNo-Geschäftsführer:

> „In meiner Doppelfunktion als leitender Oberarzt und als Vertreter der Klinikärzte im Berufsverband der niedergelassenen Kinderärzte Bremens bin ich auch Mitglied der Bremer Akademie für Kinder und Jugendmedizin. Diese hat zuletzt am 4.11.2010 getagt. Hier war ein großes Thema die Situation in der Pflege und ärztlicher Versorgung an den Bremer Kinderkliniken. (…) So scheint mir die Personalsituation des gegründeten Eltern-Kind-Zentrums (…) problematisch (…) Es ist meiner Meinung nach richtig und konsequent, die Neonatologie, wie erfolgt, zu bündeln. (…) Wenn aber pflegerische oder ärztliche Mangelsituationen hierdurch entstehen (…) entsteht eine missliche Lage. Dies erscheint als Qualitätsminderung für die einweisenden Kollegen (…) Diesbezüglich wird nun von den Zuweisern der kritische Druck erhöht und nach Erklärung gefragt.“[120]

Am **11.02.2011** wandten sich die Assistenz- und Fachärzte der Kinderklinik Links der Weser in einem Schreiben an den Chefarzt der Kinderklinik LdW, an den Geschäftsführer der GeNo und an die Pflegedienstleitung LdW, in dem sie explizit die personelle Unterbesetzung in der Pflege kritisieren und vor den Folgen warnen:

> „da aus unserer Sicht eine adäquate Patientenversorgung in der Kinderklinik durch die personelle Unterbesetzung im Bereich der Pflegekräfte nicht mehr jederzeit möglich ist. Dieser Zustand ist eingetreten, obwohl wiederholt von verschiedenen Seiten auf das Problem hingewiesen worden ist. (…) Wir sehen mit großer Sorge, dass infolge der Verknappung von Pflegekräften die Funktionsfähigkeit von Bereichen bedroht ist und es zu strukturell organisatorischen Defiziten kommt, die wir als gefährdend für die Patienten einstufen. Im Falle einer Schädigung besteht aus unserer Sicht ein Organisationsverschulden. (…) Es ist im Interesse der Patienten unsere Pflicht, mit diesem Schreiben abermals auf die Ihnen bereits bekannten Missstände hinzuweisen. Wir lehnen die medizinische Verantwortung für eine durch die geplant herbeigeführte personelle Unterbesetzung der Pflegekräfte verursachte Gefährdung unserer Patienten ab. (…) Wir bitten Sie zudem mit Nachdruck darum, Lösungen herbeizuführen, damit wir wieder mit gutem Gewissen und ohne eine potentielle Gefährdung der Kinder unserer ärztlichen Tätigkeit nachgehen können.“[121]

---

[118] Band 60, S. 155

[119] Mail Hans-Iko Huppertz an Brigitte Kuss, Robert Pfeiffer und Daniela Wendorff vom 2.03.2011, CC an Angela Dick und Diethelm Hansen, Band 58, S. 367

[120] Mail Wolfgang Marg an Diethelm Hansen vom 9.11.2010, Band 63, S. 10

[121] Band 61, S. 14 ff.

Am **16.02.2011** legte die Firma GREEN & IBEX den bei ihnen beauftragten Zertifizierungsbericht nach KTQ für das KBM vor. Darin finden sich u.a. Feststellungen wie diese:

> „Die Personalbedarfsplanung ist weniger von leistungsbezogenen Kennzahlen als vom Sanierungsplan der GeNo bestimmt.“[122]
>
> „Die nationalen Expertenstandards sind nicht vollständig eingeführt und umgesetzt. Wie beispielsweise Änderungen von Leitlinien sich auf die Standards für das Pflegepersonal auswirken (…) wird nicht deutlich.“[123]
>
> „Eine systematische Evaluation der Pflegestandards wird nicht deutlich. Eine Pflegeplanung wird nicht erstellt.“[124]
>
> „Ärztliche und pflegerische Aufsicht wird dem Zustand des Patienten und dem Gefährdungsgrad nicht in allen Bereichen angepasst. Die im Neugeborenenbereich implementierten Sicherheitseinrichtungen (…) sind unzulänglich (…) Während der Visitation fiel auf, dass Patienten unbeaufsichtigt vor Untersuchungsbereichen im Flur standen, unter anderem ein Säugling im Kinderbett.“[125]
>
> „Inwiefern auf Überlastungsanzeigen zeitnah Maßnahmen eingeleitet werden, konnte nicht umfassend dargestellt werden.“[126]
>
> „Zielzahlen zu Infektionen oder anderen hygienerelevanten Daten (z.B. Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln) sind nicht festgelegt.“[127]

Am **21.02.2011** schreibt ein weiterer Oberarzt der Kinderklinik an GeNo-Geschäftsführer Diethelm Hansen:

> „ich wende mich heute direkt an Sie, da die Funktionsfähigkeit der Klinik für Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie ganz akut gefährdet ist. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Mitarbeiter reicht nicht aus, um alle drei Standorte ärztlich zu betreuen. (…) Obwohl alle Mitarbeiter in den letzten Monaten teilweise bis an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Belastung gegangen sind, wird uns lediglich mitgeteilt, dass unsere Leistungszahlen nicht ausreichend sind. (…) Fernab dieser Geringschätzung haben wir jetzt den Punkt erreicht, wo wir nicht mehr in der Lage sind, die Intensivversorgung der Pädiatrie in Bremen sicherzustellen.“[128]

Im Protokoll der Hygienekommission vom **7.03.2011** ist festgehalten:

> „Die personelle Situation auf den Stationen ist bei der Pflege und bei der Reinigung an ihrer Belastbarkeitsgrenze angekommen.“[129]

In den **Überlastungsanzeigen** aus verschiedenen Bereichen des KBM wird auch auf die hygienischen Konsequenzen der personellen Unterbesetzung hingewiesen:

> „3 PK, 11 Pat., versuchter Suizid (Messer entwendet)

[122] Band 10, S. 294
[123] Band 10, S. 278
[124] Band 10, S. 285
[125] Band 10, S. 319
[126] Band 10, S. 300
[127] Band 10, S. 312
[128] Band 58, S. 356 f.
[129] Band 24, S. 320

> Betten eines adipösen Pat. (…) Verlegung und notfallmäßige Aufnahme eines instabilen durchgängigen Pat. (…) zusätzlich mehrere andere durchgängige Pat. die trotz Fixierung Zugänge etc. ziehen (…) Lt. Frau T. die informiert wurde Rückverlegung eines MRSA-freien Pat. in das MRSA-Zimmer, sämtliche Hygienemaßnahmen (MRSA) wurden durch die Notfallsituation [übergangen]“[130]
>
> „2 PK, 9 Pat., inkl. MRSA/ESBL-Pat. 4 tracheotomierte, 2 Pat. im Durchgang → korrekte Hygiene nicht möglich”[131]
>
> „Durch die vielen alkoholisierten Pat. wurde in die Zimmer und auf die Untersuchungsliegen uriniert, geblutet und erbrochen. Wenn unter diesen Umständen auch noch über 2 Stunden an Verwaltungsaufgaben in Anspruch genommen werden, kann die adäquate Pat.-Versorgung, die Durchführung hygienischer Maßnahmen, der Selbstschutz und die Überwachung intensivpflichtiger Patienten nicht mehr gewährleistet werden.“[132]
>
> „Gefährliche Pflege in der Notfallambulanz?? (…) 4 Pat. mit SAB. Junger Pat. mit Herzinfarkt v. Ärztl. Notdienst. Messerstichverletzung (wieder Täter u. Opfer i.d. NFA). 2 Pat. mit Treppenstürzen. Stroke-Patienten (…) Verwaltungstätigkeit! Freitagach 17 Fallartwechsel. Sonnabendnacht 18 Fallartwechsel: ausgeführt durch das Krankenpflegepersonal. Dieser Zeitaufwand fehlt dann bei der Versorgung der Patienten und bei der Kommunikation mit Angehörigen! (…) Putzarbeiten und Materialauffüllen der Verbandswagen ist nur bedingt oder gar nicht zu leisten. Pauseneinhaltung war überhaupt nicht machbar!! (nach der Übergabe um 6.30 ist der Hunger verebbt).“[133]
>
> “25 A3-Patienten, Schwerstpflegefälle, Magensonden, keine Versorgungsassistenten, 1 Aufnahme → zur Begründung kommen Sie gerne mal auf Station und machen sich selbst ein Bild!”[134]

Am **14.04.2011** schickte der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte KV Verden eine „Stellungnahme“ an GeNo-Geschäftsführer Diethelm Hansen, die Leiter der Kinderkliniken Mitte, Nord und LdW sowie an die Presse. Unter dem Titel „Kinder- und Jugendärzte schlagen Alarm“ Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bremen in Gefahr!“ heißt es:

> „Die derzeitige Sanierungsstrategie in der Gesundheit Nord betrifft die gesamte krankenhausgebundene Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bremen. Die Auswirkungen werden aus Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte derzeit in alarmierendem Umfang deutlich. Mit großer Sorge beobachten die einweisenden Kinder- und Jugendärzte, wie die permanente Überlastung der Mitarbeiter im Krankenhaus zu vermeidbaren Risiken für die behandelten Kinder und Jugendlichen führt. Dies bekommen wir zunehmend von den Patienten-Eltern als Rückmeldung.“[135]

Am **29.04.2011** schreibt erneut Lasch an die Pflegerische Geschäftsführung, in CC an die Zentrumsleitung, den Leiter der Kinderklinik Mitte und die Klinikpflegeleiterin:

---

[130] Überlastungsanzeige vom 18.05.2011, Spätdienst, Station 4128, Chirurgische Intensivüberwachung. Band 165, S. 103

[131] Überlastungsanzeige vom 1.10.2011, Nachtdienst, Station 4128, Chirurgische Intensivüberwachung

[132] Überlastungsanzeige vom 8.07.2011, Nachtdienst, Notfallambulanz. Band 164, S. 35

[133] Überlastungsanzeige vom 1.-3.07.2011, Nachtdienst, Notfallambulanz. Band 164, S. 39 ff.

[134] Überlastungsanzeige vom 13.03.2011, Frühdienst, Stroke Unit. Band 163, S. 96

[135] Band 61, S. 37 ff.

„Die Pflegesituation auf der 4027 ist katastrophal. Daran ändert auch Ihr Schreiben nichts (…) Neben der Quantität muss leider auch die Qualität angesprochen werden. Die Zahl der Pflegenden mit Intensivkurs liegt deutlich unter den geforderten 40%, wir Ärzte erleben darüber hinaus dass ganz erhebliche pflegerische Defizite die Versorgung der extrem kleinen Frühchen gefährden. (…) muss m.E. eine Mindestbesetzung von 4 Pflegekräften pro Schicht als Minimalziel in Kürze erreicht werden, die qualifizierte Fachweiterbildung stärker vorangetrieben werden.“[136]

Am **15.06.2011** schreiben die Assistentensprecher der Kinderklinik im Auftrag der Assistentenschaft an Diethelm Hansen und den damaligen Kaufmännischen Geschäftsführer der GeNo, Jürgen Richter, im CC an die Zentrumsleitung, den Leiter der Kinderklinik und den Staatsrat für Gesundheit Hermann Schulte-Sasse. Darin geht es allerdings vorwiegend um die ärztliche Besetzung.

„Wenn wir hören, dass die Stellenkürzung u.a. damit gerechtfertigt wird, dass lediglich eine ‚Anpassung an das bundesdeutsche Niveau‘ (wie derart sinngemäß von PD Dr. Hansen im Fernseh-Interview mit Radio Bremen am 30.3. geäußert) stattfindet, so muss zu bedenken gegeben werden, dass erstens solche Anpassungen wohl stets nach unten vorgenommen werden (…) und zweitens wir als Haus der Maximalversorgung Patienten mit komplexeren, schwereren und z.B. selteneren Krankheitsbildern betreuen (…)Es darf daher keine simple ‚Extrapolation‘ derartiger Stellenschlüssel vorgenommen werden. (…) Wir AssistentInnen der Prof.-Hess-Kinderklinik lieben alle unseren Beruf (…) Wir sind aber nun an den Punkt gekommen, wo wir dies den kranken Kindern und uns selbst gegenüber nicht mehr verantworten können.“[137]

Am **22.08.2011** schreiben die 4 Oberärzte und 5 Pflegeleitungen der Kinderklinik an Hansen, Wendorff, Kuss, Peter, Thiele, Huppertz, Pfeiffer:

„Versuch einer Situationsbeschreibung in der Klinik für Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie

(…) Die Station wurde von 12 auf 16 Betten aufgestockt, seitdem die anderen Kinderkliniken der GENO keine sehr kleinen Frühchen mehr behandeln.

Diese Aufstockung ist ohne entsprechende Personalanhebung erfolgt. Dies geschah auch mit dem Wissen, dass schon zum Zeitpunkt der 12-Bettenstation kein ausreichendes und qualifiziertes Personal vorgehalten wurde. Die steigende Zahl von sehr kleinen FG wird also von nicht genug und nicht ausreichend qualifizierten Schwestern versorgt. Dies wurde von uns wiederholt der Geschäftsführung vorgetragen, hat aber zu keinerlei Konsequenzen geführt. Dauerkranke Pflegemitarbeiter und Schwangere werden nicht ersetzt, eine Weiterqualifizierung der Pflege, wie sie die Statuten des Level-1-Status fordern, wird wissentlich ignoriert. (…)

Es wird von der Geschäftsleitung immer wieder vorgetragen, dass der Personalschlüssel auf der Intensivstation über dem Durchschnitt vergleichbarer Häuser liege. Dies ist eindeutig falsch und wird durch Wiederholung nicht richtiger. (…) Die Zahl der Pflegekräfte auf der neonatologischen Intensivstation ist nicht nur nicht ausreichend, sie gefährdet u.E. zur Zeit unsere Patienten.

Als beispielhaft sei ein Wochenende im Juli 2011 angeführt, wo absehbar nur 2 Pflegekräfte im Dienst zur Verfügung standen. Diese 2 Pflegekräfte mussten neben der

[136] Band 58, S. 324
[137] Band 58, S. 326 ff.

> Intensivstation auch die Geburten im Kreissaal mitversorgen. Hier war eine Grenze überschritten worden, wir haben die Gefährdung unserer Patienten in Kauf genommen.
>
> Die Stationsleitungen verbringen inzwischen den größten Teil des Tages damit, Mitarbeiter aus dem Frei zu holen, da die Schichten nicht mehr ausreichend besetzt sind. Die Bereitschaft der Mitarbeiter auszuhelfen sinkt, da es sich nicht mehr um einen Notfall sondern einen Normalfall handelt. (…)
>
> Wir sind nun an dem Punkt angekommen, wo wir unsere sinkende Motivation und die unserer Mitarbeiter so deutlich spüren, dass wir einen erneuten – vielleicht den letzten Versuch unternehmen – die prekäre Situation innerhalb der eigenen Wände anzusprechen und auf Ihre Hilfe zu hoffen.“[138]

Mit der KRINKO-Richtlinie zur Neonatologie hatten sich Leitung, OberärztInnen und Pflegeleitungen der Kinderklinik bereits im November 2007 befasst. Im Protokoll einer „interprofessionellen Besprechung“ vom **14.11.2007** heißt es:

> „Die aktuellen Empfehlungen des RKI für Neugeborene < 1500 g werden vor Ort diskutiert werden.“[139]

Den Verantwortlichen war auch bewusst, dass die Nichteinhaltung von Richtlinien zur Personalausstattung nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch Folgen haben kann und dass man sich hier nicht auf der sicheren Seite befindet.

> „In diesem Zusammenhang möchte ich darauf aufmerksam machen, dass es den Fall einer niedersächsischen Kinderklinik gab, in der die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses mit 3 Vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern im Besitz der Weiterbildung in pädiatrischer Hämatologie/Onkologie unterschritten wurde. Eine nahe gelegene Kinderklinik hat diesen Tatbestand bei den Kassen angezeigt und daraufhin wurden der genannten Kinderklinik mehrere 100.000 Euro gestrichen, weil die Vorgaben des GBAs nicht eingehalten worden seien.[140]
>
> „Auf den GBA-Beschluss zum Personalschlüssel Pädiatrische Onkologie hatte ich hingewiesen. (…) Die derzeitigen personellen Vorhaltungen auf der St. 5 dürften dem nicht Rechnung tragen. Ähnliches gilt, wie von Herrn Prof. Huppertz erwähnt, auch für die Neonatologie.“[141]

1.9. Personalplanung für die Neonatologie

Die Personalplanung für die Neonatologie basierte seit 2010 – wie für die GeNo insgesamt – auf einer Personalbedarfs-Berechnung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG, die auf der Basis der Zahlen von 2008 durchgeführt wurde. Das Ergebnis dieser Bedarfsplanung lag dem Aufsichtsrat der GeNo in seiner Sitzung am 21.09.2010 vor.[142]

Die KPMG-Ergebnisse beinhalten grundsätzlich, getrennt nach Dienstarten, drei verschiedene Personalzahlen:

---

[138] Band 63, S. 118 ff.
[139] Krankenhaushygiene, Interprofessionelle Besprechung der Neo-Kiss Daten 2006 bis Oktober 2007, Sitzung am 14.11.2007, Band 83, S. 248
[140] Schreiben Hans-Iko Huppertz an Diethelm Hansen vom 6.10.2010, Band 63, S. 3
[141] Mail Christian Lorenz (Kinderchirurgie) an Birgit Kirschnik vom 15.02.2011, Band 63, S. 31
[142] Band 60, S. 52 ff.

- das Ist, d.h. die Anzahl der im Jahr 2008 im Jahresdurchschnitt beschäftigten Vollkräfte;
- das leistungsorientierte Soll, d.h. die nach den Vergleichsdaten der KPMG-Datenbank durchschnittlichen Personalzahlen für den erbrachten Leistungsumfang;
- das erlösorientierte Soll, d.h. die in der DRG-Kalkulation der InEK enthaltenen Personalbudgets umgerechnet auf VK.

Für den Bereich der Pflege wurden von KPMG keine Vergleichsdaten verwendet beim leistungsorientierten Soll. Hier werden die in der 1992-1996 gültigen Pflegepersonalregelung (PPR) des Gesundheitsstrukturgesetzes herangezogen und um einen pauschalen Abschlag von 34,2 % gekürzt:

> „Der PPR-Wert gilt als allgemein zu hoch und wird um 30% und die nicht umgesetzte 4.Stufe (4,2%) verringert, was eine angemessene Stationsversorgung ermöglicht (pflegerisch und wirtschaftlich).“[143]

Während im Aufsichtsrat GeNo nur Gesamtzahlen für die vier GeNo-Krankenhäuser vorgestellt wurden, enthielt die Präsentation im Aufsichtsrat KBM am 22.11.2010 Zahlen nach „Organisationseinheiten“.[144] Für den Bereich „Kinderklinik Intensiv“ (d.h. die beiden Intensivbereiche 4027 und 4028 zusammen) wird darin als „Ist“ 2008 Pflegedienst 53,13 VK angegeben, als (leistungsorientiertes) „Soll“ 58,07 VK[145].

Selbst nach den Ergebnissen von KPMG war die „Kinderklinik Intensiv“ demnach mit 5 VK unterbesetzt, und zwar im Jahr 2008, vor der Aufstockung der Bettenzahl in der Neonatologie von 12 auf 16.

Dies hatte jedoch keinen Einfluss auf die Planung. Wenn die KPMG-Sollzahlen wirklich Grundlage der Planung gewesen wären, hätte die Zielzahl 58,07 VK bei einem Bestand von 12 Betten bzw. 77,43 VK bei einem Bestand von 16 Betten betragen müssen. Die Abschätzung anhand der Dienstpläne und der darin vermerkten Monatssollstunden ergibt jedoch (siehe Kapitel III.1.6) für beide Stationen zusammen im Jahr 2011 56 VK, die Planung sah für Ende 2011 einen Bestand von 52 VK vor.[146]

Nichtbesetzung freiwerdender Stellen hat dagegen für die personelle Unterbesetzung in der Neonatologie keine sichtbare Rolle gespielt, offenbar auch nicht der Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt. So wurden 2 Pflegekräfte-Stellen in der 4027 und 3 Stellen in der 4028 unmittelbar oder sehr zeitnah wiederbesetzt.[147] Mehr Personal sah die Personalplanung nicht vor.

1.10. Verantwortung für die Unterbesetzung in der Neonatologie

In der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des KBM, beschlossen von der Gesellschafterversammlung im August 2009, sind die Verantwortlichkeiten für die Personalplanung geregelt. Die ärztliche Geschäftsführung ist laut § 6 Nr. 1 verantwortlich für „die Planung, Koordinierung und Überwachung des ärztlichen Personalbedarfs und –einsatzes.“ Die pflegerische Geschäftsführung ist laut § 7 Nr. 1 verantwortlich für „die

[143] Band 60, S. 65
[144] Band 60, S. 138 ff.
[145] Band 60, S. 155
[146] Band 187, S. 48
[147] Band 57, Dienstpläne

Planung, Koordinierung und Überwachung des pflegerischen Personalbedarfs und –einsatzes sowie der Arbeitsabläufe im Pflegebereich“. Nach § 7 Nr. 3 ist die pflegerische Geschäftsführung ebenfalls verantwortlich für „die Sicherstellung (…) der pflegerischen Arbeit unter Berücksichtigung (…) anerkannter Pflegeleitlinien und –standards.“[148]

Es fällt daher in den **Verantwortungsbereich der pflegerischen Geschäftsführung**, wenn auf einer Station zu wenig pflegerisches Personal eingesetzt ist, um eine angemessene und patientensichere Versorgung zu gewährleisten oder den Empfehlungen der Fachgesellschaften oder der KRINKO Genüge zu leisten.

Allerdings hat nach § 2 Abs. IV Nr. 2 die **Geschäftsführung der GeNo** vollständiges Durchgriffsrecht:

> „Wenn der GF der GeNo einer Entscheidung der Klinikgeschäftsführung widerspricht, wird deren Durchführung aufgeschoben, bis die GF der GeNo über die Geschäftsführungsmaßnahme entschieden hat. Bestätigt sie den Widerspruch des GF der GeNo, so hat die Geschäftsführungsmaßnahme zu unterbleiben.“[149]

Das heißt, die GF der GeNo konnte jede Entscheidung der GF des KBM an sich ziehen.

Die GeNo-Leitung machte bezüglich der Personalplanung klar, dass eine Veränderung des Personalvolumens nur nach unten akzeptabel war. So hatte sich im Juli 2011 die pflegerische Geschäftsführung des KBM an den damaligen kaufmännischen Geschäftsführer der GeNo gewandt mit der Bitte den Einstellungsstopp für eine bestimmte Stationaufzuheben, weil es bereits zur Sperrung von Betten gekommen war.
Diethelm Hansen antwortete darauf am 13.Juli 2011:

> „Sehr geehrte Frau Wendorff,
> mit großer Überraschung habe ich in meinem Urlaub den unten angefügten mail-Verkehr und die Versuche Ihrerseits, meine Entscheidung über den absoluten Einstellungsstopp durch Herrn Richter aufheben zu lassen, zur Kenntnis genommen.
> Dazu in Kürze folgendes:
> 1. Der Einstellungsstopp ist nicht neu, er wurde nur aufgrund der Juni-VK-Zahlen (…) zunächst als absolut geltend festgelegt.
> 2. Auch im KBM ist im Juni ein Beschäftigungshöchststand im Pflegedienst und im MTD [Medizinisch-Technischer Dienst] erreicht. Auch im Pflegedienst liegen Sie nur noch 6 VK unter Plan. Insgesamt ist am KBM (…) keine Personalreduktion von Januar bis Juni erfolgt.
> (…) Zusammenfassend erwarte ich, dass
> 1. Auch am KBM endlich der geplante Personalabbau umgesetzt wird. (…)
> 2. Meine Entscheidungen von Ihnen akzeptiert werden und Sie nicht in meiner Abwesenheit versuchen diese Entscheidungen durch andere aufheben zu lassen.“[150]

Einstellungen mussten seit Umsetzungen des „Sanierungskonzepts“ von der GeNo-Geschäftsführung freigehzeichnet, d.h. einzeln genehmigt werden. Diese entschied somit, ob freiwerdende Stellen wiederbesetzt wurden oder im Zuge des Personalabbaus unbesetzt blieben. Das wurde unterschiedlich restriktiv gehandhabt:

> „Sebastian Wriedt regt die Überlegung an, den örtlichen Geschäftsführungen mehr Handlungsspielraum zu lassen. Lt. Frau Dr. Heidelk hat dies leider nicht funktioniert. Herr

[148] Band 203, Fach 1.2, S. 8 f.
[149] Band 203, Fach 1.2, S. 3
[150] Band 189, S. 428

> Dr. Hansen hat in den ersten Monaten des Jahres [2011] alle Ausnahmegenehmigungen freigezeichnet. Die Beschäftigtenzahlen seien nach oben geschnellt, so dass Herr Dr. Hansen wieder reagieren musste.“[151]

Am 18.11.2010 wurde vom Aufsichtsrat des KBM eine Ergänzung der Geschäftsverteilung beschlossen, in der **Sonderverantwortlichkeiten der Mitglieder der GF** festgelegt werden. Darin heißt es:

> „Personal: operative Verantwortung für das komplette Personalbudget des KBM (Stellenbesetzung, Überstunden etc.) und für das gesamte externe Personal im klinischen Bereich: Wendorff“[152]

Die pflegerische Geschäftsführung des KBM war demnach seit November 2010 zugleich die **allein Zuständige für die Bewirtschaftung des Personalbudgets und für die Stellenbesetzung.** Gleichzeitig sollten auch die Zentrumsleitungen, im Fall der Neonatologie also die Leitung des Eltern-Kind-Zentrums (die pflegerische Geschäftsführerin des KLdW), die Verantwortung für die Bewirtschaftung des Personalbudgets haben.

Auch wenn sowohl die pflegerische Geschäftsführung KBM als auch die Leitung des Eltern-Kind-Zentrums die begründete Vermutung haben konnten, dass die GeNo-Leitung eine Erhöhung des Personalbestands in der Pflege ablehnen würde, hätten sie mit diesem Anliegen vorstellig werden und es entsprechend begründen müssen. Das gilt auch für die **Leitung der Kinderklinik**. Alle drei tragen sowohl eine Verantwortung für die unzureichende pflegerische Ausstattung der 4027 als auch für die Verteilung des pflegerischen Personals zwischen den Stationen 4028 und 4027, die einseitig zu Ungunsten der 4027 ausfiel.

Die pflegerische Geschäftsführung sah auch keine Notwendigkeit, die personelle Ausstattung auf der 4027 hinsichtlich der Pflege zu verbessern. Ganz im Gegenteil sah der von ihr, in ihrer Eigenschaft als Gesamtpersonalverantwortliche für das KBM, vorgelegte Plan 2011 eine weitere Absenkung der Pflege-VK auf der 4027 auf 22 VK vor.[153]

Die GeNo- und die KBM-Leitung hatten in unterschiedlicher Weise Kenntnis von den verschiedenen Warnhinweisen (s. Kapitel III.1.9).

Der **Aufsichtsrat des KBM** hat die KPMG-Zahlen zur Kenntnis genommen und somit auch die Unterbesetzung der „Kinderklinik Intensiv“ selbst nach KPMG-Zahlen.

Von besonderer Bedeutung ist die Frage, **wer beschlossen hat, dass die Zentralisierung der Neonatologie am Standort Mitte ohne Personalaufstockung erfolgt**. Die Vorlage im **Aufsichtsrat der GeNo** vom 22.06.2009 zum medizinischen Zukunftskonzept beinhaltete, dass eine Bettenaufstockung auf jeden Fall ohne angemessene Personalaufstockung erfolgen sollte:

> „Die Kostensenkung in den singulären ressourcenorientierten Zentren resultiert aus der Zusammenfassung ressourcenorientierter Einheiten in effiziente größere Einheiten. Die Einsparung beträgt 6,1 Mio. €“[154]

In der **Anlage 2** werden die Effekte für die einzelnen Verlagerungen genau beziffert. Die Neonatologie in Mitte sollte demnach zukünftig 51 sehr kleine Frühgeborene jährlich

---

[151] Monatsgespräch KBR vom 15.08.2011, TOP 8 Arbeitsfähigkeit der Bereiche durch nicht besetzte Stellen, Band 184, S. 163

[152] Ergänzung der Geschäftsverteilung der Geschäftsführung des KBM, Band 196, Fach 3

[153] Band 187, S. 48

[154] Band 60, S. 6

versorgen, die bislang in Nord und LdW versorgt wurden, mit einem Erlösbudget von 1,9 Mio. Euro, während die zusätzlichen Kosten nur 35% betragen sollten, 654.000 Euro jährlich. Dadurch sollte ein Mehrerlös von 1,2 Mio. Euro jährlich im KBM entstehen, dem Mindererlöse von zusammen 646.000 Euro jährlich in Nord und LdW gegenüberstanden.[155] Der Effizienzgewinn konnte im Wesentlichen nur aus einer Versorgung mit weniger Personal pro Fall bestehen, als bisher. Dies wurde somit vom Aufsichtsrat am 22.06.2009 so beschlossen.[156]

Die Fachabteilung im Gesundheitsamt (Abteilung 3) hat diese Vorlage vorab zur Kenntnis genommen und dazu auf drei Seiten Anmerkungen gemacht, die sie der Abteilung Beteiligungsmanagement schickte. Darin werden Bedenken wegen der Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und wegen eines „Abwertungskrieges“ gegenüber anderen Kliniken (außerhalb der GeNo) geäußert. Die Verschlechterung der Personal-Patienten-Relation durch die Zentralisierung, die zumindest hinsichtlich möglicher Risiken näher hätte kontrolliert werden müssen, findet dabei keine Erwähnung.[157]

Die Zentralisierung der Neonatologie war, durch die Schließung der Standorte Nord und Links der Weser, ein öffentlich stark beachteter Vorgang.

> „Dieser ganze Prozess der Zentrenbildung ist ja hoch öffentlich gelaufen. Gerade wenn es um die Neonatologie geht, erinnere ich daran, dass wir ja mehrere Veranstaltungen hatten; ich selbst bin, glaube ich, zweimal auf Beiratssitzungen in Bremen-Nord gewesen, einmal in Obervieland, in Bremen-Nord war es eine Sitzung dreier Beiräte, die sich zu dieser Sitzung zusammengefunden hatten. Das heißt, öffentlicher und kontroverser hätte man diese Debatte gar nicht führen können.“[158]

Der Senat war mit diesem Vorgang intensiv befasst. Die damalige Senatorin beantwortete ausführlich einen Brief zur Schließung der Level-1-Behandlung in Nord, indem sie die Zentralisierung verteidigte.[159] Dass die Zentralisierung in Mitte nicht nur mit einer Verschlechterung der Betreuungsrelation einherging, wie der AR-Vorlage zu entnehmen, sondern mit einer Eskalation des Betreuungsverhältnisses, weil überhaupt keine Pflegekräfte zusätzlich eingesetzt wurden (und den bisher in LdW und Nord tätigen Pflegekräften kein Angebot gemacht wurde, sie nach Mitte zu übernehmen), kann auch dem Senat, zumindest über den damaligen Staatsrat, nicht verborgen geblieben sein.

> „Da war ich natürlich auch in einer vergleichsweise idealen Situation. Gerade weil mich in Bremen viele Leute kannten, auch aus den Kliniken heraus, habe ich natürlich eine Unzahl an Anrufen bekommen, wo man mir das eine oder andere gesteckt hat und wo ich das eine oder andere verfolgen konnte. Ich war aufgrund dieser Informationsquellen manchmal besser informiert als die Geschäftsführungen.“[160]

Über die Entwicklung der Personalbesetzung hatte der Senat durch die Teilnahme am Aufsichtsrat genaue **Kenntnisse bis hinunter zur einzelnen Abteilung**.

> „Ich bin der Einzige, der in allen fünf Aufsichtsräten tätig war. Ich war sowohl Mitglied des Aufsichtsrats der GeNo als auch Mitglied der Aufsichtsräte aller vier Einzelkliniken. Wir

[155] Band 60, S. 9 und 11
[156] „Der Aufsichtsrat beschließt das anliegende Medizinische Zukunftskonzept“, Band 60, S. 7
[157] Band 60, S. 13ff.
[158] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2639 f.
[159] Band 61, S. 40 f.
[160] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2649

> haben in jeder Aufsichtsratssitzung - das war Anforderung des Aufsichtsrats an die jeweiligen Geschäftsführungen - eine umfangreiche Tabellensammlung, Datensammlung bekommen. In dieser Datensammlung ist die Entwicklung der Personalbestände in den einzelnen Krankenhäusern und an den einzelnen Krankenhausstandorten, auch den einzelnen Abteilungen detailliert dargelegt und immer mit den jeweiligen Jahreszielen verglichen worden, sodass wir also bestens informiert waren über die Entwicklung der Personalausstattung in den einzelnen Stationen und heruntergebrochen für die einzelnen Berufsgruppen. Mehr kann man an Informationen nicht erwarten, mehr gibt es auch nicht.“[161]

Die Anhebung der Bettenzahl ohne Personalaufstockung im Zuge der Zentralisierung wurde entschieden von der **GeNo-Geschäftsführung**. Der **Aufsichtsrat** der GeNo hat zumindest eine Anhebung der Bettenzahl bei gleichzeitiger Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses beschlossen. Die **Geschäftsführung des KBM** hat sich die Anhebung der Bettenzahl ohne jede pflegerische Personalaufstockung zu Eigen gemacht und sogar noch eine weitere Absenkung der Personalbesetzung angestrebt.

Der **Senat** hatte vom generellen Charakter der Zentralisierung als Personalabbau Kenntnis und dies bereits in seinem Senatsbeschluss vom 24.06.2008 so vorgesehen. Über den GeNo-Aufsichtsrat, dessen Vorsitz er führt, war er an der Entscheidung des AR zum medizinischen Zukunftskonzept beteiligt und hat ihr zugestimmt. Die entsprechende Vorlage wurde sowohl in der Abteilung Beteiligungsmanagement als auch in der Fachabteilung gelesen und von letzterer kommentiert, ohne an diesem Punkt Einwände zu erheben. Von der Anhebung der Bettenzahl ohne jede Personalaufstockung hatte der Senat durch seine Teilnahme am GeNo- und am KBM-Aufsichtsrat Kenntnis.

Der Senat hat die Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses auf der Neonatologie, die eine wesentliche Ursache des Keimausbruchs darstellt, somit vollumfänglich mitgetragen.

[161] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2634

2. Mangelhafte Reinigung und Desinfektion

„Fragen Sie doch mal ihren Friseur ob er bei Ihnen Waschen, Schneiden, Frisieren auch in der Hälfte der Zeit und für den halben Preis erledigen kann. Die Qualität wird entsprechend sein. (…) Legen Sie einfach mal für 1 Stunde Ihren PC beiseite und reinigen Sie eine Bürofläche von nur 200 m² so sauber, wie Sie es von Ihrem Reinigungsunternehmen erwarten. Sollten dann noch der Meinung sind, das diese Arbeit nichts wert ist… Wie lange brauchen Sie eigentlich für ihre 100 m² Wohnung bis diese richtig sauber ist?“[162]

„Die personelle Situation auf den Stationen ist bei der Pflege und bei der Reinigung an ihrer Belastbarkeitsgrenze angekommen.“[163]

„Reinigungspersonal, aus meiner Sicht das schwächste Glied in der Kette. Das Reinigungspersonal hat nur ein rudimentäres Hygienewissen und außerdem besteht häufig zusätzlich ein Sprach- und Verständnisproblem. Die Reinigungskräfte wurden in einen Eigenbetrieb (GND) ausgegliedert. Seither werden sie dort von einem Qualitätsbeauftragtem geschult – der Inhalt und die Tiefe dieser Schulungen bleibt unklar.“[164]

„Die Gründung einer Organgesellschaft bedeutet eine deutliche finanzielle Entlastung.“[165]

2.1. Bedeutung der Reinigung für hygienische Risiken

Die Bedeutung der Reinigung für die Patientensicherheit wird chronisch unterschätzt. Grundsätzlich bedeutet „Reinigung“ die Entfernung von Schmutz und Rückständen aller Art, während „Desinfektion“ die Abtötung von Keimen durch Verwendung spezieller Desinfektionsmittel bedeutet. In der Praxis sind die Grenzen weniger scharf. In vielen Bereichen wird die sogenannte „desinfizierende Reinigung“ angewendet, also die Reinigung mit Desinfektionsmitteln. Das ist auch im Bereich der Frühgeborenen-Station der Fall gewesen, die Reinigung findet hier mit dem Desinfektionsmittel Microbac Forte statt, das auch Keime abtötet. Fußböden z.B. werden aber im Klinikum teilweise auch nicht-desinfizierend gereinigt.[166] Auch die Beseitigung von Schmutz und Rückständen trägt zur Verringerung der Keimsituation bei, da Keime auf gereinigten, trockenen Flächen nicht beliebig lange überleben und sich mangels Nahrung weniger stark vermehren.

Weder die Reinigung, noch die Desinfektion oder die desinfizierende Reinigung töten hundertprozentig alle Keime ab, es handelt sich immer nur um eine Verringerung der Keimzahl.

---

[162] GHGZ: Eine kurze Geschichte durch die wunderbare Welt der Gebäudereinigung, 2011, http://www.ghgz.net/2011/06/wunderbare-welt-der-gebaudereinigung

[163] Protokoll der Hygienekommission vom 7. März 2011, Band 24, Seite 320.

[164] Werner Wunderle, Zusammenstellung vom 22. Mai 2012

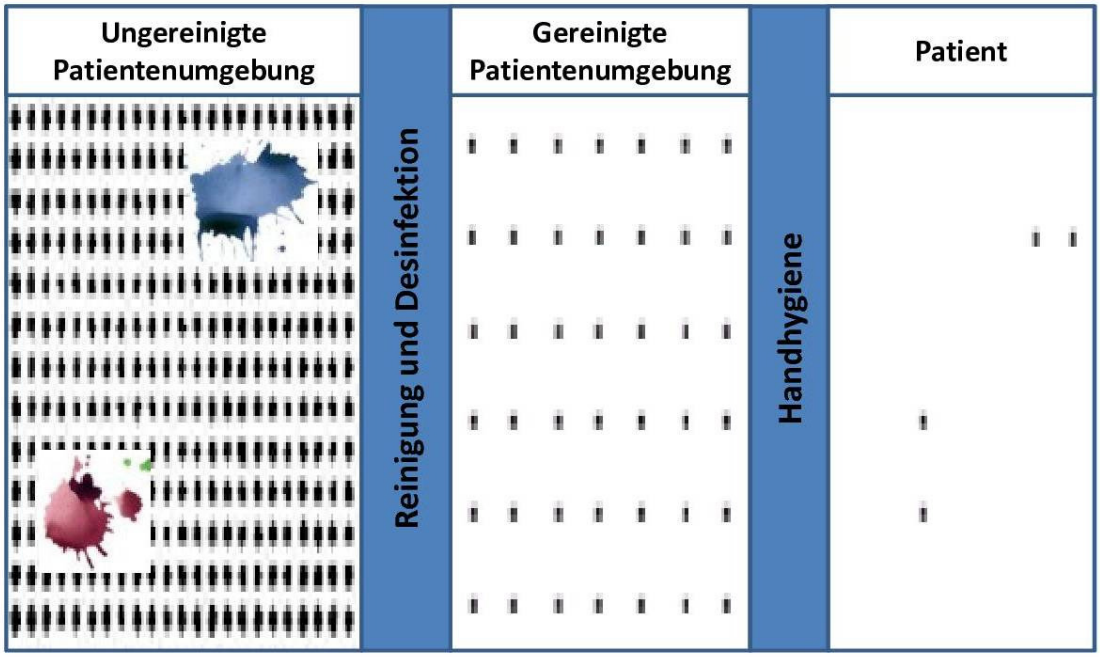
[165] Deutsche R+S Dienstleistungen: Werbebroschüre „Servicegesellschaften“, S. 2, http://www.deutsche-rs.de/upload/RS_Servicegesellschaften_Web_48.pdf

[166] Dies muss kein Reinigungsmangel sein. Zur Frage, in welchem Umfang desinfiziert oder nur gereinigt werden soll, gibt es eine offene und unabgeschlossene Diskussion, in der sich verschiedene ‚Schulen‘ gegenüberstehen. Auch die KRINKO ist hier bislang nicht entschieden.

> „Reinigungs- und Desinfektionsverfahren führen zu einer Verminderung von Mikroorganismen auf den behandelten Flächen, wobei eine alleinige Reinigung zu einer ca. 50-80%igen Reduktion führen kann. Eine statistisch signifikante Reduktion auf mindestens 84-99,9% wird durch wirksame Desinfektionsverfahren erreicht.“[167]

Die Untersuchungen des Labors der Uni Kiel zeigen auf, dass auch Klebsiellen eine Behandlung mit Microbac Forte in der Konzentration von 0,25 % oder 0,5 % teilweise überleben, wobei die Verringerung bei einer Konzentration von 0,5 % deutlich stärker ist. Wesentlich ist dabei die Einwirkzeit. So wird eine weitestgehende Minimierung der Keimzahl nach einer Einwirkzeit von 4 Stunden erreicht.[168] Desinfizierte Flächen werden nicht trockengewischt, da dadurch wieder Keime eingetragen würden, sondern müssen trocknen.

Die Bedeutung der Reinigung und der desinfizierenden Reinigung liegen darin, dass sie das Risiko einer Keimübertragung von der Fläche auf den Patienten verringern. Da auch die Handdesinfektion selbst bei korrekter Durchführung nicht hundertprozentig alle Keime sicher abtötet, ergänzen sich Reinigung/Desinfektion der Flächen und Handhygiene bei der Erhöhung der Patientensicherheit. **Auch wenn etwa sehr kleine Frühgeborene selbst keinen Kontakt zu Flächen außerhalb des Inkubators haben, trägt die korrekte Reinigung und Desinfektion dazu bei, das Risiko einer Keimübertragung durch das Personal (das direkten Kontakt zum Patienten hat) zu minimieren.**



Resistente und multiresistente Keime verhalten sich, soweit bekannt ist, nicht grundsätzlich anders als nicht-resistente Varianten desselben Keims. Sie sind nicht widerstandsfähiger gegen Reinigung und Desinfektion. Da bei der Reinigung/Desinfektion aber nicht alle Keime hundertprozentig abgetötet werden, **spielt die Wirksamkeit und Zuverlässigkeit der Reinigung/Desinfektion eine wesentliche Rolle dafür, wieweit auch das Übertragungsrisiko resistenter und multiresistenter Keime im Krankenhaus verringert wird.**

[167] RKI: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen, 2004, S. 52
[168] UKSH Schleswig-Holstein, Prüfbericht 2012-108 vom 30.03.2012

Die Produktion von multiresistenten Keimen geschieht nicht nur im Krankenhaus. Es ist bekannt und auch in den Anhörungen wiederholt thematisiert worden, dass eine wesentliche Produktionsstätte multiresistenter Keime auch die Massentierhaltung ist, wo aufgrund nicht tiergerechter Haltung massiv und routinemäßig mit Antibiotika gearbeitet wird.

Für den Bremer Keimausbruch spielt dieser Aspekt jedoch keine Rolle. Der konkrete Keimstamm, ESBL-Klebsiellen mit der sogenannten SHV-63-Kapsel, ist außerhalb des KBM bislang nirgends in der Bevölkerung nachgewiesen worden.[169] Es handelt sich hier um einen klassischen Krankenhaus-Keim: **Die befallenen Frühgeborenen haben sich im Krankenhaus mit diesem Keim angesteckt, und sie hätten sich nicht mit diesem Keim angesteckt, wenn sie sich nicht im Krankenhaus befunden hätten.**

Reinigung/Desinfektion als Gefahrenquelle für Keimverschleppung

Die Reinigung und die Desinfektion stellen selbst eine Gefahrenquelle für die Verbreitung von Erregern dar, **da sie ein Vektor, das heißt ein Transportweg sind.** Eine unzureichende Reinigung und Desinfektion, bei der Keime nicht zuverlässig abgetötet werden, nimmt diese Keime auf und verbreitet sie auf allen Flächen, mit denen sie danach in Kontakt kommt. Über mangelhafte Reinigung/Desinfektion verbreiten Erreger sich nicht nur im Raum, sondern auf der Station oder von einer Station zur nächsten.

> „Vor allem Reinigungslösungen, in gewissem Umfang aber auch Desinfektionsmittellösungen, in die der Wischlappen nach Abwischen von Flächen wieder eingetaucht wird, sind schnell mit Erregern, wie z. B. Pseudomonas aeruginosa, Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp., kontaminiert [27, 54, 79, 80, 81, 82]. Eine fortlaufende Anwendung dieser Lösung führt zu einer Weiterverbreitung von Mikroorganismen auf nachfolgend gewischten Flächen.Reinigungs- und Desinfektionsverfahren müssen deshalb so organisiert sein und durchgeführt werden, dass es nicht zu einer Erhöhung der Keimzahl und zu einem Ausbringen/Verteilen fakultativ pathogener oder pathogener Mikroorganismen auf den Flächen kommt.
>
> Umgekehrt müssen bei Häufung von durch Pseudomonaden, Acinetobacter spp. Oder bestimmten Enterobacteriaceae (Serratia, Klebsiella, Enterobacter) wie auch durch Staphylococcus aureus, insbesondere MRSA, und Vancomycin-resistenten Enterokokken oder Clostridium difficile bedingten nosokomialen Infektionen auch nicht sachgerecht durchgeführte Reinigungs- und Desinfektionsverfahren als Infektionsquelle erwogen werden (s. 2.1).“[170]

> „Je mehr Fälle auftraten, desto häufiger haben die Schwestern alles abgewischt. Wir konnten das richtig verfolgen, je mehr sie gewischt haben, desto schlimmer wurde es."[171]

Ein wichtiger Faktor bei der Verschleppung von Keimen ist die ausreichende Konzentration des verwendeten Desinfektionsmittels (siehe Kapitel III.2.7). Ebenso wichtig sind aber korrektes Vorgehen bei der Reihenfolge und Ausführung der Reinigungsarbeiten und nicht zuletzt ausreichende Zeit, die Reinigung/Desinfektion korrekt durchzuführen.

---

[169] Über den einmaligen Nachweis einer SHV-63-Klebsiella pneumoniae in Russland ist nicht Näheres bekannt.

[170] RKI: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen, 2004, S. 54 f.

[171] Dr. Gortner, Leiter der Frühgeborenen-Abteilung an der Kinderklinik Gießen anlässlich des Klebsiellen-Ausbruchs 1996-1999. Veronika Hackenbroch, Krieg der Keime, in: DER SPIEGEL 31/2000, http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-17015759.html

„Es muss ausreichend Zeit für die ordnungsgemäße Durchführung der Arbeiten eingeplant werden.“[172]

2.2. Keimsituation in der Kinderklinik und im Klinikum Mitte

Im Laufe der Aufklärungsarbeit des Untersuchungsausschusses ist eine **Vielzahl auffälliger Keimbefunde bei den Umgebungsuntersuchungen** zu Tage getreten. Material hierzu fand sich vor allem in den beschlagnahmten Unterlagen und Dateien im Hygieneinstitut des KBM. Da es keine stationsbezogene Dokumentation der Umgebungsuntersuchungen gibt, ist auch keine vollständige Auswertung möglich. Auch Daten zu auffälligen Befunden außerhalb der Kinderklinik fielen dem Ausschuss nur zufällig zu und konnten die Keimsituation außerhalb der Kinderklinik nur schlaglichtartig beleuchten.

Pseudomonaden im Leitungswasser

Die Daten belegen dennoch ausreichend, dass die Keimsituation in der Kinderklinik, und auch darüber hinaus am KBM, nicht befriedigend war. So gab es über Jahre hinweg immer wieder Nachweise des Erregers Pseudomonas aeruginosa, der einen einschlägigen Krankenhauskeim darstellt und dessen Auftreten im Leitungswasser oder auf Flächen nicht toleriert werden kann.

Pseudomonas aeruginosa (ohne Nachweise in Siphons)				
Datum	Station	Befunde	Auszug Bericht	Akte
26.10.2006	4028	Waschbecken Zi. 2.027 massenhaft Rechtes Spülbecken Zi. 2.033 massenhaft Spüle Elternzimmer Zi. 2.039 massenhaft		Bd 83, S. 115 f.
22.06.2010	Chirurgie ITS 1	Strahlregler R. 1037 >500	„Sechs Patientenzimmer der ITS, in denen in den vergangenen Wochen Patienten mit Nachweis von Pseudomonas aerigunosa gepflegt wurden, wurden auf das Vorkommen von Pseudomonas aerigunosa im Leitungswasser untersucht. Die Probenahme erfolgte direkt aus dem Wasserhahn des Patientenzimmers ohne vorheriges Ablaufen und nach Entfernen des Strahlreglers und Abflammen der Armatur. In zwei Zimmern wurde P. aerigunosa im Leitungswasser nachgewiesen (…) In Raum 1.041 wurde zudem Klebsiella im Strahlregler festgestellt. Eine Kontamination des Wassers zum Gebrauch am Patienten kann daher nicht ausgeschlossen werden.“	Bd 191, S. 157
16.03.2011	KiKli Station 4	R. 2.006 (auf Wunsch, nach Grundreinigung) Duschwanne massenhaft Ps. aeruginosa und Pseudomonas Gruppe	„Die Aufbereitung der Duschwanne war mangelhaft und muss dringend nachdesinfiziert werden.“	Bd 191, S. 40

[172] RKI, Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen, 2004, S. 57

19.09.2011	4028	Servo Knöpfe R. 2.022 massenhaft	„massenhaft Pseudomonas aerigunosa + Proteus auf einem aufbereiteten Beatmungsgerät“	Bd 83, S. 8; Bd. 9, S. 35
31.10.2011	Frauenklinik Station 5303	Pseudomonas aeruginosa in Wasserfleck		Bd. 189, S. 324
04.11..2011	3911	Massenhaft Ps. aeruginosa, Pseudomonaden, E.coli, Proteus in der Küche Massenhaft Ps. aeruginosa, Pseudomonaden etc. in Patientenzimmern 1028, 1030 (Siphons und Strahlregler)		Bd. 189, S. 302
09.11.2011	Frauenklinik Stat. 3	Waschbeckenschrank unter Siphon (feuchter Fleck)		Bd 105, S. 435

[173]

Nachdem Pseudomonaden-Funde im Ausschuss thematisiert wurde, sprach die Klinik zunächst von einem einmaligen Vorfall.[174] Erst als die Klinik mit den Daten über ein mehrfaches Auftreten über längere Zeiträume konfrontiert wurde, entschied die GeNo-Leitung, dass auf allen Intensivstationen Sterilfilter an den Wasserhähnen eingebaut werden.[175] Ob und welche Filter zuvor eingebaut waren und auf welchen Stationen, dazu lagen dem Ausschuss keine Informationen vor.

Während Pseudomonas aerigunosa in Krankenhäusern entschlossen bekämpft werden müssen, sind andere Bakterien der Pseudomonas-Gruppe in der Regel nicht gefährlich für Patienten. Dennoch ist es kein gutes Zeichen, dass Pseudomonaden ohne Nachweis von Pseudomonas aerigunosa immer wieder in der Kinderklinik dokumentiert wurden, und zwar eben auch außerhalb von Siphons, wo ihr Auftreten mehr oder weniger unvermeidlich ist.

Pseudomonaden (ohne Nachweise in Siphons)				
16.06.2006	4027/28	Wasser aus Spritzpistole, Spüle 2.032, 2.680		Bd 83, S. 129
03.11.2011	4027	Waschbecken, Färbebank, R. 436, massenhaft		Bd 105, S. 412
03.11.2011	4028	Ausgussbecken Spüle R. 2.016 >500		Bd 105, S. 425
05.11.2011	2711 „nach Einzug der Neonatologie“	Massenhaft Pseudomonaden, E.coli, Bacillus in der Küche		Bd. 189, S. 303 f.

[173] Diese und folgende Tabellen: Eigene Zusammenstellung, Quellen siehe rechte Spalte
[174] Radio Bremen, Keime im Trinkwasser, 31.05.2012, http://www.radiobremen.de/politik/dossiers/krankenhauskeime/untersuchungsausschuss/ua-krankenhauskeime146.html
[175] Radio Bremen, 01.06.2012, Klinik baut Wasserfilter ein, http://www.radiobremen.de/politik/nachrichten/poltikklinkkeimebremen100.html

Verkeimung von Desinfektions-Eimern

Ein alarmierender Befund ist die Verkeimung von Wischeimern und Wischtüchern, der sogenannte „Eiweißfehler“.[176] In einer Desinfektionsmittel-Lösung, mit der Flächen gewischt und desinfiziert werden, muss die Keimzahl null sein. Alles andere belegt, dass das Desinfektionsmittel nicht mehr hinreichend wirksam ist, Keime nicht abtötet und die **Gefahr von Keimverschleppung** durch den Reinigungsvorgang besteht.[177]

Nachweise von verkeimten Wischeimern finden sich in der Kinderklinik über Jahre hinweg immer wieder.

Verkeimung von Wischeimern und Desinfektionsmitteln				
17.04.2007	4028	Küche	„In der Küche steht ein Eimer mit Mikrobac forte und einem Reinigungstuch in der Lösung. Um einen Wirkungsverlust der Desinfektionsmittellösung zu verhindern, dürfen Reinigungstücher nicht in der Desinfektionsmittellösung liegen bleiben. (…) Schwammtücher müssen tgl. wegen Bildung hoher Keimzahlen gewechselt werden.“	Bd 83, S. 50
03.06.2008	4028	Wischwasser R. 2024 (12)		Bd 83, S. 91
08.03.2011	4027	Desinfektionsmittellösung in Desco Wipes Eimer, Intensivzimmer 441, >200		Bd 105, S. 462
16.03.2011	KiKli Station 4	Desco-Wipes-Eimer, Tuch, innen, R. 2.073 Arbeitszimmer, massenhaft Pseudomonas Gruppe	„Das Desinfektionsmittel in dem Desco-Wipes-Eimer ist massenhaft mit Pseudomonaden kontaminiert und muss dringend ausgewechselt werden um eine Kontamination der Umgebung zu vermeiden.“	Bd 191, S. 38
25.05.2011	Frauenklinik Stat. 3	Desco Wipes Eimer Tuch, Pumpenzimmer 422, >200		Bd 105, S. 456
19.09.2011	4028	Des.-Lösung im Eimer, Patientenzimmer R. 2.019/20, massenhaft Pseudomonas Des.-Lösung in Eimer, Bettplatz L., R.2024 (15)	„Zwei der drei getesteten Desinfektionsmittellösungen in den Patientenzimmern wiesen eine Verkeimung auf, einmal massenhaft mit Pseudomonaden. Die Lösungen müssen häufiger gewechselt werden.“	Bd 83, S. 8 + 12
27.09.2011	KiKli Station 1	Des.-Lösung in weißem Eimer, R. 012 Untersuchungsraum 3, massenhaft Bacillus Griff bei WC, massenhaft Keimzahlen, Pat.Zimmer R. 025	„Die Desinfektionsmittellösungen in zwei weißen Eimern waren massenhaft mit Bacillen kontaminiert. Die Eimer müssen vor dem Wiederbefüllen aufbereitet, d.h. mit frischer Desinfektionsmittellösung ausgewischt und getrocknet bzw. ausgetauscht werden.“	Bd 191, S. 44
31.10.2011	Frauenklinik Station 5303	Massenhaft Bacillus im DescoWipe-Tuch		Bd. 189, S. 324

[176] Lutz Weber, Protokoll der öffentlichen Anhörung 24-3392

[177] Allgemein gelten auf Flächen unspezifische Keimzahlen ab 100 KBE [„koloniebildende Einheiten“] pro cm^2 als auffällig, Band 191, S. 107. Unmittelbar nach der Desinfektion muss die Keimzahl nahe Null sein. Darmkeime auf Flächen gelten in jeder Keimzahl als auffällig.

08.11.2011	3804	Massenhaft Keimzahl auf DescoWipe im Eimer, Pat.Zimmer 2076/2080		Bd. 189, S. 315
03.01.2012	4027 „nach der Abschluss-desinfektion durch das Personal der GND“	Desco-Wipes-Eimer, Tuch, innen, >500	„In einem Desco-Wipes-Eimer im Flur wurde auf einem Tuch eine Kontamination mit Pseudomonaden nachgewiesen. Sämtliche Desco-Wipes-Eimer auf der Station wurden unter Aufsicht von Frau Benz am 05.01.2012, 10.00 Uhr, verworfen. (…) Die Station 4027 kann aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden.“	Bd 105, S. 373
24.02.2012	Kreißsaal, Reanimations-raum	Desco-Wipes, innen, >200		Bd. 122, S. 28
24.02.2012	4028	Keimzahl >200 auf Rohrpostbombe		Bd. 122, S. 11

Besonders bemerkenswert ist, dass eine Verkeimung des Desco-Wipes-Eimers auf der Station 4027 „nach der Abschlussdesinfektion durch das Personal der GND“ unmittelbar vor der Wiedereröffnung der Station im Januar 2012 nachgewiesen wurde. Daraufhin wurde nicht etwa eine Wiederholung der Abschlussdesinfektion angeordnet. Es wurden lediglich die verkeimten Eimer weggeworfen und erklärt, die Station könne jetzt „aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden“. (s.o. in Tabelle)

Andere auffällige Befunde

Auch für **Luftkontamination** gelten unspezifische Keimbefunde ab 100 KBE pro cm^3 als auffällig. Der Nachweis von Darmkeimen ist in jeder Keimzahl auffällig und alarmierend. Das gilt insbesondere für den Nachweis einer extrem hohen Keimzahl von 660 KBE am 7.09.2011 auf der Neonatologie. Insgesamt ist vor allem auffällig, dass einzig der massive Keimvorfall mit Mullbinden im Jahr 2010 zu nachvollziehbaren Konsequenzen (Wechsel des Lieferanten) geführt hat. Eine Nachkontrolle geforderter Maßnahmen (etwa Austausch der Auslassgitter bei der Luftkontamination) ist in der Regel nicht dokumentiert.

Luftkontamination				
26.01.2011	4028	>200 Keimzahl in zwei Räumen, knapp darunter im dritten Raum	„Die Konzentration luftgetragener Mikroorganismen sind in den Räumen 2019, 2024 und 2026 erhöht. Es sollten die Auslassgitter und die Filter überprüft, gereinigt oder ausgetauscht werden.“	Bd 191, S. 36
07.09.2011	4027	660 Keimzahl Serratien in R. 440		Bd. 105, S. 452
23.02.2012	4027	170 bzw. 350 Keimzahl in 2 Räumen (41 u. 42)		Bd. 122, S. 49 f.

ESBL-Klebsiellen				
26.10.2006	4028	Hand Pflege, ESBL-Klebsiellen Syphon kl. Waschbecken Zi. 2.019, massenhaft ESBL-Klebsiellen		Bd 83, S. 113 f.

07.09.2011	4027	ESBL-Klebsiellen auf Windelwaage, Hand, Kanülenabwurf, Schnuller	Später als Ausbruchsstamm identifiziert	Bd. 105, S. 448 ff.
04.11.2011	3911	Klebs. pn. (ESBL – nicht Ausbruchsstamm) im Heißluft-flaschenwärmer, Pat.zimmer 1028, 1030	[dieser Befund wird später vom NRZ Bochum korrigiert – es handelt sich doch um den Ausbruchsstamm]	Bd. 189, S. 301
März 2011	4027	ESBL-Klebs. auf Handschuhbox, R. 440	Später als Ausbruchsstamm identifiziert	Rede Jürgens-Pieper s. Anm. 4, S. 35
08.11.2011	6428, ITS	ESBL-Klebs. auf Handschuhkasten, R. 1030 (2 Nachweise)		
23.02.2012	4027	ESBL-Klebsielle auf Sauger Kind	Später als Ausbruchsstamm identifiziert	Bd. 122, S. 37

Pathogene Keime auf Händen				
08.03.2011	4027	E.coli auf Hand Arzt, 500		Bd 105, S. 463
19.09.2011	4028	E.coli auf Hand Pflege, R. 2019/20		Bd 83, S. 11
23.02.2012	4027	E.coli auf Hand Pflege, „HD gerade“ (d.h. unmittelbar nach Händedesinfektion)		Bd. 122, S. 46

Sonstiges				
07.03.2005	4027	Klebsiellen auf Ultraschallgerät-Tasten		Bd. 106, S. 47
11.03.2005	4027	Klebsiellen Wasserhahn, innen (tropft); Klebsiellen, Ps. aeruginosa, E.coli in diversen Siphons (Waschbecken 441, Babybadewanne 440)	„Da zwischen dem Vorkommen von Klebsiellen in der Muttermilch und den Waschplätzen ein Zusammenhang zu erkennen ist, wird empfohlen, Perlatoren und Siphons abzubauen, zu reinigen und zu desinfizieren. Ferner sollte durch technische Maßnahmen erreicht werden, dass der Wasserstrahl nicht durch die Siphons spritzt.“	Bd. 109, S. 46 ff.
24.03.2005	4027	Klebsiellen auf Badewanne innen und rundem Waschbecken innen		Bd. 106, S. 31
12.02. 2010	KBM	Kontaminierte Mullbinden 100 Klebsiella pn., 2.800 Proteus, 100 E.coli, 500.000 Bacillus	„Im Rahmen einer Apothekenvisite durch Herrn R. wurde im Schrank 1 rechts des Magazins in der ZNA – Zentrale Notfallambulanz [im Klinikum LdW] ein modrig-muffiger Geruch festgestellt. Dieser Geruch ging von den im Schrank lagernden Universalbinden aus.“ Der Lieferant wird daraufhin gewechselt. Die Binden wurden auch im Zentrallager KBM verwendet.	Bd 191, S. 106
22.06.2010	Chirurgie ITS 1	Klebsiellen in diversen Siphons	„Der Nachweis von Pseudomonaden, Klebsiella, Enterobacter, Citrobacter und	Bd. 191, S. 156 ff.

			Hefen im Siphon ist zu erwarten. Durch das Ausgießen des Waschwassers (Schalen lagen bei Probenahme im Becken) in die Patientenwaschbecken können die Strahlregler retrograd kontaminiert werden.“	
06.07.2010	KiKli Stat. 5	Keimzahl >200 auf 2 WC-Griffen, >500 auf Griff bei Dusche		Bd. 191, S. 59 f.
07.09.2011	4027	„Bacillus in Vancomycin-Spritze“, R. 440/441/445[178]		Bd. 9, S. 19
27.09.2011	KiKli Station 1	Aufbereitetes Bett, Verstellhebel und Griff, >100 Keimzahl; Griff bei WC Keimzahl massenhaft	„Ein aufbereitetes Bett war am Verstellhebel und Griffleiste nicht ausreichend desinfiziert bzw. rekontaminiert.“	Bd 191, S. 45 ff.
14.10.2011	4027 („Nach-kontrolle“)	Windelwaage, Handschukasten hohe Keimzahlen		Bd. 191, S. 17
28.10.2011	Frauenklinik, Kreißsaal	> 100 Keimzahl auf „Handschuhkasten steril“	„Blutflecken auf OP-Türgriff“	Bd. 9, S 46
03.11.2011	4027	Dienstzimmer, Waschbecker, gr. Becken, Siphon Klebs. oxytoca >500	„In den untersuchten Siphons wurde eine typische Bakterienflora mit Pseudomonaden, Bazillen und Klebsiella oxytoca nachgewiesen, Klebsiella pneumoniae wurde nicht nachgestellt.“	Bd. 105, S. 411 ff.
09.11.2011	4028	Verkeimung des Sterilwasserfilters	„Der Pallfilter war am Auslass massenhaft mit Bacillus-Arten kontaminiert, wahrscheinlich durch retrograde Verkeimung durch Spritzwasser – der Filter muss gewechselt werden.“[179]	Bd 105, S. 397
23.12.2011	4027 „Probenahme erfolgt nach Scheuer-, Wischdesinfek tion mit dem Desinfektor“		„Die Desinfektion war in den Säuglingszimmern unzureichend, da z.B. auf den Ablagen und Fensterbänken gar nicht gewischt wurde – hier lag Baustaub. Die geringen Keimzahlen geben den schlechten optischen Eindruck nicht wieder. Einige Räume wurden nicht bzw. ebenfalls unzureichend desinfiziert: Die Schublade im Labor wurde nicht gesäubert (Hefen), im Elternzimmer wies das Sofa Hefen auf, Kosmetiktuchboxen und Waschbecken wiesen zu viele Keime auf. Im Waschmaschinenraum und im Flur wurde mit Staph. aureus ein potentieller Krankheitserreger auf dem Trockner und der Rohrpost festgestellt. Eine Grundreinigung wurde wegen der	Bd 105, S. 379

[178] Raum 440 und 441 sind die beiden Intensivzimmer. Der Befund ist insofern bemerkenswert, als auch von den im Rahmen des Ausbruchs betroffenen Kindern einige Vancomycin als Antibiotikum erhielten, siehe Band 100, S. 73-77.

[179] Dieser Befund ist insofern bemerkenswert, als auf der 4028 offenbar Sterilfilter (Pallfilter) an den Wasserhähnen bereits im Einsatz waren. Ob dies auf der 4027 nicht der Fall war oder ob Pseudomonaden dort trotz der Filter auftraten, ist nicht bekannt.

			Baustaubreste angeordnet.“	
23.02.2012	4027	E.coli auf Transportinkubator rein		Bd. 122, S. 33

2.3. Dokumentierte Kritik der Reinigungssituation

Kritik an der Reinigungssituation in der Kinderklinik ist immer wieder dokumentiert worden. Bereits im September 2009 war das Thema im **Aufsichtsrat der GeNo**.

> „Herr Dr. Hansen berichtet zunächst über die aktuelle Presseberichterstattung zur Kinderklinik des KBM bezüglich der dortigen Hygienemängel. Es seien Sofortmaßnahmen der GeNo eingeleitet worden (…) Eine entsprechende positive Kommunikation über die sofortige Reaktion der GeNo solle sichergestellt werden. Nach Hinweisen von Herrn Hollnagel auf regelmäßige Begehungen durch den Arbeitssicherheitsdienst des KBM und der Frage von Herrn Schmelzle, ob die Grenze der Einsparungen in der Kinderklinik überschritten sei, wird festgestellt, dass eine flächendeckende Verschmutzung in der Kinderklinik nicht gegeben sei, aber einzelne Vorwürfe durchaus zutreffend seien. Die aufgetretenen Probleme seien auch darauf zurückzuführen, dass in den letzten Jahren aufgrund der Masterplanung bzw. des jetzigen Teilersatzneubaus kaum Instandhaltungsmaßnehmen durchgeführt worden seien.“[180]

In den **Monatsgesprächen** zwischen GeNo-Geschäftsführung und Konzernbetriebsrat wird die Reinigung mehrmals thematisiert.

> „Einige KollegInnen sind der deutschen Sprache nicht mächtig und können z.B. ORSA-Zimmer etc. nicht lesen.“[181]

> „Zum Einsatz deutschsprachigen Personals: Probleme gibt es tatsächlich im Standort Mitte mit dem gestellten Personal und nicht mit dem KSG-Personal. Das Thema wird aufgegriffen, ist aber kein KSG-Thema, da es dies auch in der Vergangenheit schon gab.“[182]

> „Die KollegInnen sind dem Druck nicht mehr gewachsen. Außerdem gibt es erhebliche Schwierigkeiten bei der Materialbestellung, die Lager sind leer. Die Bestellungen werden runtergefahren, weil angeblich der Verbrauch zu hoch ist, was zur Folge hat, dass z.B. nicht genügend Reinigungsmittel oder Papiertücher vorhanden sind.“[183]

> „Die KollegInnen der KSG haben für ein Patientenzimmer nur 5-6 Minuten Zeit (…) Fraglich ist, ob hier die Hygienestandards eingehalten werden können.“[184]

> „Bei der GND läuft einiges nicht rund. Der Punkt Einarbeitung wird ad Absurdum geführt da die Verträge nach einem halben Jahr auslaufen.“[185]

Auch in der **Hygienekommission** war die Reinigung Thema.

> „Die personelle Situation auf den Stationen ist bei der Pflege und bei der Reinigung an ihrer Belastbarkeitsgrenze angekommen.“[186]

[180] Protokoll der 3./9. Sitzung des AR GeNo, 22.09.2009, Band 60, S. 86
[181] Monatsgespräch KBR November 2009, TOP 4 Situation KSG, Band 184, S. 37
[182] Monatsgespräch KBR Dezember 2009, TOP 4 Situation KSG, Band 184, S. 45
[183] Monatsgespräch KBR Oktober 2009, TOP 6 Personalentwicklung in der KSG, Band 184, S. 32
[184] Monatsgespräch KBR November 2009, TOP 4 Situation KSG, Band 184, S. 37
[185] Monatsgespräch KBR Dezember 2010, TOP 4 Zentralisierung, Band 184, S. 125

Überlastungsanzeigen aus der GND liegen für den Standort Mitte aus den Jahren 2005-2011 nicht vor. In den Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals wird dagegen vereinzelt die Überlastung der Reinigung thematisiert.

> „Schockraum – Poly-Trauma - + Zi. 4 blutverschmiert. Reinigungskraft war sehr schwer zu erreichen. Als sie dann da war konnte sie nur den Schockraum reinigen, das Zi erst um 18.00. Da sehr viele Pat. wurde es von dem Pflegepersonal gereinigt. Wände, Fußboden usw. Immer mehr Reinigungskräfte werden abgezogen, sollen wir es nun mit erledigen?“[187]

> „12 Intensiv-Pat. sind mit 2 Stammkräften und 1 Extrawache nicht zu versorgen! Keine Reinigungskraft für Bettplätze nach Verlegung, muss zusätzlich vom Pflegepersonal zu den anderen Außenarbeiten übernommen werden!“[188]

Mailwechsel der Ärztlichen Geschäftsführung

Wie bei der Auswertung der Umgebungsuntersuchungen bereits erwähnt, war die Abschlussreinigung im Dezember 2011 auf der Station 4027 vollständig unzureichend („Die geringen Keimzahlen geben den schlechten optischen Eindruck nicht wieder“). In den Mailwechseln der Ärztlichen Geschäftsführung heißt es anlässlich der Abschlussreinigung:

> „Nach den Erlebnissen mit der Abschlussreinigung der renovierten Station 4027 vor dem Wiederbezug, bin ich jetzt dabei schrittweise erst mal mit unseren Hauswirtschaftskräften den Teil der Vereinbarungen durchzuarbeiten, den es für Reinigungsstandards gibt. Mir scheint da vieles unklar formuliert zu sein.“[189]

> „Bis dahin wird Dr. Schulz-Stübner Dir und mir auch noch Angebote über Schulungskurse zukommen lassen (…) z.B. auch für Reinigungspersonal, was ich z.B. schon Herrn Gmajnic vorgeschlagen habe, da wir hier schwere Wissensdefizite feststellen (…)“[190]

> „Noch vor Weihnachten planen wir, die Neonatologische Intensivstation 4027 an ihren grundrenovierten Standort zurückzuziehen. Davor finden Besprechungen und Schulungen mit den Hygienikern aus Freiburg statt (…) Diese Veranstaltungen sind Pflichtveranstaltungen auch für Ihre Mitarbeiter, welche auf den beiden Intensivstationen eingesetzt werden. (…) Es müssen konstante Reinigungskräfte auf diesen Stationen eingesetzt werden, die auch nur dort tätig werden dürfen, wenn sie geschult sind. Wir haben schon kurz zu diesem Thema telefoniert.“[191]

Reinigungsgutachten von Lutz Weber, BZH

In den vom Ausschuss beschlagnahmten Materialien und Dateien fand sich ein Reinigungsgutachten, das von Lutz Weber, Mitarbeiter beim BZH Freiburg, im Auftrag der GeNo erstellt worden war.[192] Das Gutachten stützt sich auf eine Begehung am KBM und auf das Studium der verschiedenen Arbeitsanweisungen. Das Gutachten war am 20.02.2012 an die Leitung der GND geschickt worden.

---

[186] Protokoll vom 7.03.2011, Band 24, S. 320
[187] Überlastungsanzeige vom 29.06.2007, ZOP, Notfallbehandlung, Band 164, S. 165
[188] Überlastungsanzeige vom 29.10.2011, FD, Intensivüberwachung, Band 165, S. 44
[189] Mail Kuss an Hansen und Gmajnic vom 12.01.2012, Band 201, S. 459
[190] Mail Kuss an Hansen vom 29.11.2011, Band 201, S. 484
[191] Mail Kuss an Tiemann vom 7.12.2011, CC an Hansen und Gmajnic, Band 201, S. 469
[192] Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der GND im KBM Frauenklinik

Das Reinigungsgutachten kritisiert vor allem, dass die Handlungsabläufe in der Reinigung ungenügend sind und zur **Keimverschleppung** führen:

> „Die Mitarbeiter fassen mit den mit coliformen Keimen massiv verunreinigten Handschuhen aus der Toilette die Türklinken innen und außen an, d.h. kontaminieren diese und anschließend den Reinigungswagen.“
>
> „Die Handschuhe und der Reinigungswagen dienen als Vehikel um jedwede Krankheitserreger von Station zu Station und von Zimmer zu Zimmer zu tragen.“
>
> „Die hoch kontaminierten Handschuhe werden immer wieder in die Desinfektionslösung eingetaucht. Dadurch entsteht der sogenannte ‚Eiweißfehler‘. Die Desinfektionslösung verliert schon nach kurzer Zeit ihre Wirksamkeit.“ [193]

Ursache sei, dass die Arbeitsanweisungen „z.T. unklar, lücken- und fehlerhaft formuliert“ sind, es bestehe „akuter Handlungsbedarf was Arbeitsabläufe, benutztes Material und Arbeitsgerät betrifft.“[194] Dies deckt sich mit dem Befund im BZH-Bericht vom Dezember, in dem es bereits heißt:

> „Die Regelungen am Klinikum Bremen Mitte erschienen am Begehungstag (…) nicht immer leicht nachvollzieh- und umsetzbar.“[195]

Übereinstimmung besteht auch mit dem Befund aus einer Umgebungsuntersuchung vom September 2011 aus der Kinderklinik, in der „massenhaft“ Keime auf dem Griff beim WC im Patientenzimmer dokumentiert werden.[196]

Bericht des staatlichen Desinfektors

Am 28.06.2012 wurde dem Ausschuss der Bericht des staatlichen Desinfektors vom 21.06.2012 übermittelt, der seit November 2011 vom KBM eingesetzt wurde.[197] Die Klinik verfügt im Gegensatz zu früheren Zeiten[198] über keinen hauseigenen Desinfektor mit der notwendigen Qualifikation mehr, weil der betreffende Mitarbeiter zwar staatlich geprüfter Desinfektor ist[199], die Qualifikation durch fehlende Fortbildungen aber erloschen ist.[200] Auch das Bremer Gesundheitsamt hat keinen Desinfektor, obwohl dies bei vielen anderen Gesundheitsämtern durchaus üblich ist.[201] Aus den Anhörungen geht hervor, dass der Einsatz eines staatlich geprüften, externen Desinfektors ab November 2011 am KBM eine absolute Ausnahmesituation darstellte[202], obwohl das KBM selbst über keinen Mitarbeiter mit einer entsprechenden validen Qualifikation verfügt.

Der Desinfektor war im November 2011 auf der Station 4 der Kinderklinik und auf Station 4027 tätig, im Dezember 2011 erneut auf der Station 4027, im März 2012 auf der Station 11

---

[193] Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes, S. 8
[194] Ebenda, S. 3
[195] Band 22, S. 12
[196] Umgebungsuntersuchung vom 27.09.2011, Station 1 Kinderklinik, Band 191, S. 43. Ähnliche Befunde s. Tabelle unter 2.3 „Sonstiges“
[197] Schreiben der Senatorin an den Ausschuss vom 28.06.2012, Band 204, S. 1
[198] Holländer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 7-863
[199] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3939
[200] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4099 f.; vgl. Konrad Sextro, Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4333
[201] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-308
[202] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4119

der Kinderklinik und im Mai/Juni 2012 erneut auf Station 4 und auf Station 4028.[203] Warum genau diese Stationen zu diesen Zeitpunkten desinfiziert wurden, wurde – abgesehen von der Notwendigkeit einer Desinfektion nach der Schließung der 4027 – in den Anhörungen nicht deutlich.

Die Kritik des Desinfektors in den Berichten über seine Einsätze richtet sich auf folgende Punkte, die an der Arbeit der eingesetzten Reinigungskräfte und anderen MitarbeiterInnen bzw. ihrer Vorgesetzten bemängelt werden[204]:

- **Gegenstände aus infektiösen Räumen** werden ohne Desinfektion herausgeholt, auf dem Flur gelagert oder in andere Zimmer gebracht (Wäsche, Paravant, Lungenmaschine, Sauerstoffmischer, Massagekäfer), oder ohne Desinfektion wieder in den Raum zurückgebracht
- Es gibt keine **Reihenfolge** der Arbeiten, die Kreuzkontamination verhindern würde
- Einzelne Flächen oder Gegenstände werden überhaupt **nicht desinfiziert**, entsprechend sind z.B. die Filter der mikrobiologischen Werkbank seit 2 Jahren nicht gewechselt worden
- **Desinfektionslösung** wird verkeimt durch mehrmaliges Eintauchen des benutzten Lappens oder durch Auffangen des Abtropfwassers aus gewischten Gegenständen mit dem Desinfektionsmitteleimer
- Es sind **keine festen Teams** für die Arbeit eingesetzt, die Zusammenarbeit ändert sich ständig, die MitarbeiterInnen arbeiten dadurch unkoordiniert, jede/r für sich und es muss jedes Mal neu eingewiesen werden
- Es finden **keine Gruppengespräche** der Reinigungskräfte, der HFKs und der Pflegedirektorin mit dem Desinfektor statt, trotz mehrere Anläufe
- Grundlegende **Wissensmängel** bei den MitarbeiterInnen, etwa trockenes Nachwischen der desinfizierten Fläche oder Unkenntnis, dass Kühlschränke auch innen zu desinfizieren sind
- **Fehlerhafte Anweisungen**, z.B. dass Pumpen und Radio nicht zu desinfizieren seien
- **Unklare Verantwortlichkeiten**, z.B. Abbruch einer Raumdesinfektion durch den Kinderarzt, da vermeintlich unnötig
- Gravierende Fehler in der Planung der Desinfektion selbst, nämlich das **Auslassen von Räumen**, in denen Kontamination zu erwarten wäre

U.a. heißt es:

---

[203] Band 204. In der Anhörung spricht Konrad Sextro von Station 1 statt Station 4, s. Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4334. Die Raumnummern 2275, 2076, 2080 im Bericht gehören aber zur Station 4 (auch 3804 genannt), s. Bd. 105, S. 112 oder S. 123, die Raumnummer 2028 zur Station 4028, s. Bd. 83, S. 109. Die Raumnummern 472 usw. im Bericht gehören zur 4027, insofern ist die Angabe „Station 4“ für den 21.12.2011 vermutlich falsch und irrtümlich aus den Raumziffern abgeleitet, die ja alle mit 4 beginnen. Im Protokoll der „Umsetzungsrunde“ vom 9.11.2011 heißt es ebenfalls: „Der Desinfektor hat seine Arbeit im Klinikum gestern aufgenommen. In folgender Reihenfolge werden die Stationen desinfiziert: 4 (‚Intermediärzimmer‘), dann 28 (Intensivstation) und zuletzt 27 (Dr. Kuss).“ Band 100, S. 11

[204] Bericht des staatlichen Desinfektors zur Reinigungssituation im KBM, Band 204.

„Es war kein System erkennbar, keine Desinfektionsreihenfolge im Zimmer erkennbar. Viele Flächen blieben unbehandelt. Hinweis nach RKI: Einen Lappen mehrfach in saubere Desinfektionslösung einzutauchen ist nach RKI NICHT zulässig. Beispiel: Die Schubladenkästen (…) das Abtropfwasser wurde in den Lösungsmitteleimer geleitet.“[205]

„Zuerst wurde der Raum 2275 erneut desinfiziert, da am Vorabend durch den Kinderarzt der Vorgang abgebrochen wurde. Die Begründung war, es sei in diesem Zimmer nicht nötig. Dies wurde jedoch am 8.11.2011 erneut gewünscht.“[206]

„Die beiden Examinierten versuchten eine Lungenmaschine und einen Sauerstoffmischer noch zuvor OHNE Desinfektion schnell auszubauen und gleich wegzubringen.“[207]

„Über den Raum 474 wurden mir keine weiteren Angaben gemacht, jedoch teilten die Reinigungskräfte mit, dass verstorbene Frühchen dort abgelegt wurden. Wenn dem so ist, kann ich das Auslassen nicht nachvollziehen.“[208]

„Nur durch Nachfragen, wo denn die verschiedenen Säuglinge abgelegt wurden, habe ich erfahren, dass dafür das ‚Musikzimmer‘ außerhalb der Station genutzt wurde. Somit war dieses Zimmer ursprünglich nicht in der Schlussdesinfektion mit enthalten, wurde dann aber ebenfalls erfasst.“ (Wiederaufnahme Schlussdesinfektion Kinderklinik 21.-22.12.11)[209]

Aus dem Bericht ergeben sich damit klare Hinweise, dass es bei der Desinfektion im Normalbetrieb, also ohne Anwesenheit des Desinfektors, üblicherweise zu Fehlern gekommen sein kann, dass Keimverschleppungen nicht sicher ausgeschlossen wurden und dass Räume und Gegenstände nicht zuverlässig erfasst wurden. Bemerkenswert ist, dass sich die im November 2011 **festgestellten Missstände größtenteils auch im März und Mai 2012 wiederfinden**.

Desinfektion patientennaher Flächen

Der von der Staatsanwaltschaft beauftragte Gutachter Walter Popp berichtet aus einer Begehung im März 2012 auf der Frühgeborenen-Station über Mängel sowohl bei der Desinfektion patientennaher Flächen:

„Uns ist aufgefallen, dass sich die Mitarbeiterinnen doch sehr unterschiedlich gut die Hände desinfizieren. (…) Insbesondere hat [eine Mitarbeiterin] z.B. im Inkubator gearbeitet und ist dann, als der Alarm anging, mit den Händen heraus und hat den Alarmknopf ausgedrückt und danach ist sie wieder mit den Händen in den Inkubator gegangen – alles ohne Händedesinfektion zwischendurch. Das ist natürlich der klassische Fall, in dem über Geräte Keime übertragen werden können, zumal wenn man bedenkt, wie häufig der Alarm angeht.“

„Weiter haben wir gesehen, dass die Eco Wipes Tücher zwischendurch zwar gerne mal benutzt werden, aber doch offensichtlich sehr lange und an verschiedenen Geräten. So wurden beispielsweise nicht nur einmal bis zu drei Geräte (Inkubator, Monitor, Perfusor) mit einem Tuch abgewischt. Ich denke, dass nach sehr kurzer Zeit das

[205] 7.11.2011, Band 204, S. 4
[206] 8.11.2011, Band 204, S. 5
[207] 8.11.2011, Band 204, S. 7
[208] 14.11.2011, Band 204, S. 9
[209] 21.12.2011, Band 204, S. 11.

> Desinfektionsmittel verbraucht sein dürfte und dann mit dem Tuch sehr leicht Keime übertragen werden können.“[210]

In der Desinfektion patientennaher Bereiche waren sowohl Pflegekräfte, wie hier geschildert, als auch Reinigungskräfte tätig. So waren die **Reinigungskräfte für die Desinfektion verschiedener Gegenstände und Flächen zuständig, die als patientennah anzusehen sind**. Im Leistungsverzeichnis der GND für die Raumgruppe „C“, OP-Bereiche und Entbindung, sind als zu reinigend u.a. aufgeführt: Babywaage, Babywanne, Entbindungstisch, OP-Lampen, OP-Schuhe und Schürzen, OP-Tisch, Saugerflaschen. Auch diese Gegenstände wurden somit vom Reinigungspersonal gereinigt.[211]

Eine unklare Abgrenzung zwischen Bereichen und Flächen, die vom Reinigungspersonal bzw. von den Pflegekräften desinfiziert werden, ist zu vermeiden. Wenn sich die beiden Bereiche überlappen, wirken sich Reinigungsfehler u.U. direkt auf den Patienten aus, während umgekehrt resistente Keime aus dem patientennahen Bereich von der Reinigung aufgenommen und weitergetragen werden.

Diese Gefahr ist unter Umständen erhöht worden durch den Beschluss der Hygienekommission vom März 2009, dass künftig für patientennahe und patientenferne Flächen, die vom Reinigungspersonal gereinigt werden, derselbe Eimer verwendet wird:

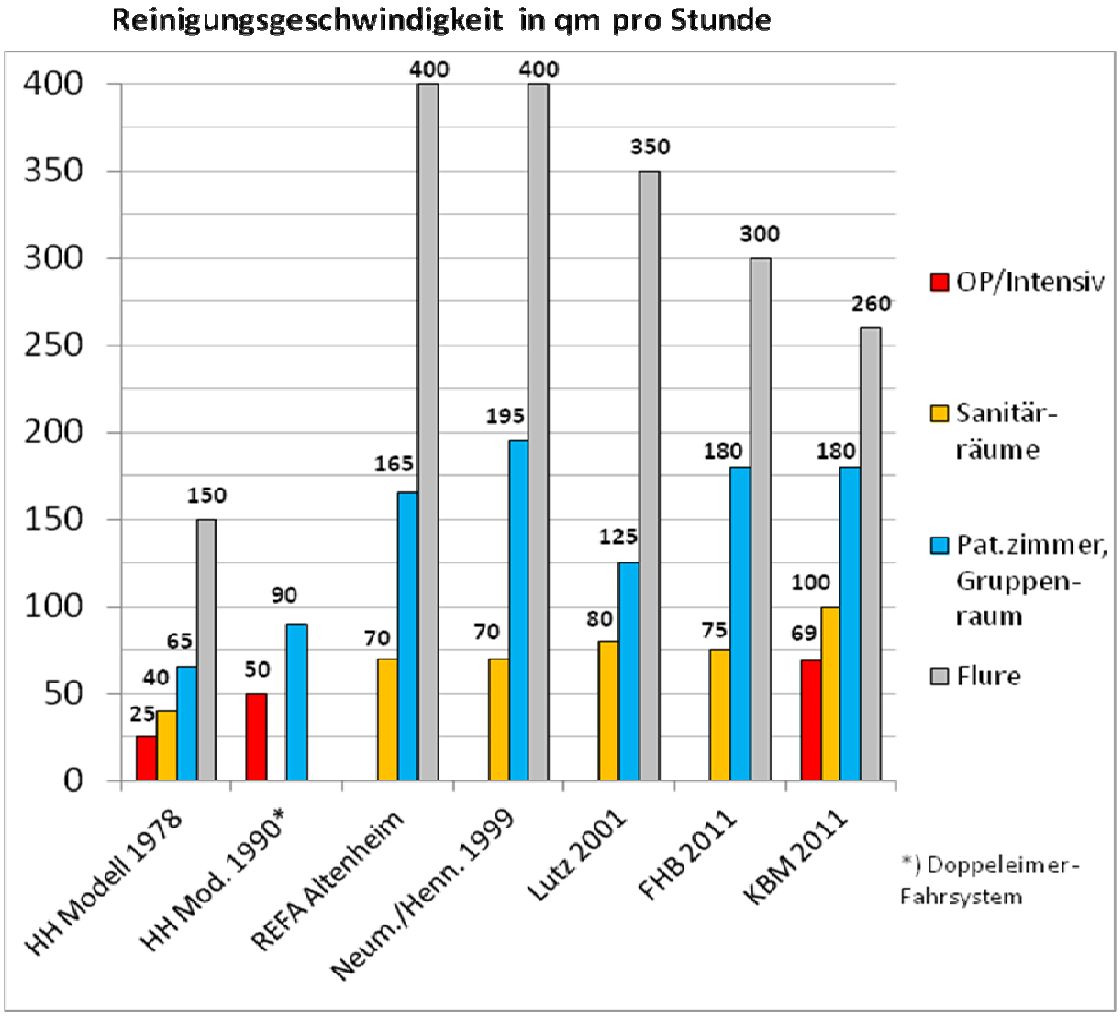
> „Desinfektion patientenferner Bereiche
> Besonders unter dem Aspekt der Einheitlichkeit, wird aus hygienischer Sicht empfohlen, das routinemäßige Reinigungsverfahren auch in Patienten fernen Bereichen mit Flächendesinfektionsmittel durchzuführen, und nicht mehr zu differenzieren zwischen patientennah und patientenfern. Fußböden werden nach wie vor gereinigt. Die Hygienekommission stimmt dem neuen Verfahren zu, da es keinen Mehraufwand an den Reinigungsdienst erfordert, aber das Reinigungsverfahren sicherer macht.“[212]

Dem Desinfektionsplan ist ferner zu entnehmen, dass die Fußböden in Flur und „Intensivzimmer“ mit „Reiniger“ gereinigt wurden, also nicht desinfiziert.

[210] Mail Popp an Körner vom 23.03.2012, Band 186, S. 1
[211] Leistungsbeschreibung der laufenden Reinigung, Band 80, S. 10
[212] Protokoll der Hygienekommission vom 5.03.2009, Band 83, S. 228

2.4. Reinigungszeiten und Reinigungshäufigkeit

Für Reinigungs-Dienstleistungen sind zwei Faktoren von Bedeutung: Die Reinigungsgeschwindigkeit und die Häufigkeit der Reinigung. **Die Reinigungsgeschwindigkeit wird gewöhnlich in Quadratmetern pro Stunde angegeben.** Die entsprechenden Werte für unterschiedliche Arten von Räumen (Raumgruppen) werden als „Leistungskennzahlen“ oder „Richtwerte“ bezeichnet. Diese Werte lassen sich dann in die häufig verwendeten Angaben umrechnen, in wie vielen Minuten ein Zimmer einer bestimmten Größe gereinigt werden muss. Ein Richtwert von 120 qm/h bedeutet dann etwa, dass ein 20 qm großer Raum in 10 Minuten gereinigt wird; ein Richtwert von 200 qm/h, dass für einen 20qm-Raum 6 Minuten zur Verfügung stehen.



213

Der Hamburger Senat hat 1978 „Richtlinien über die Gebäudereinigung“ erlassen.[214] Darin wurden Richtwerte für verschiedene Raumgruppen festgelegt, die als **„Hamburger Modell“**

---

[213] Eigene Grafik. Datenquellen siehe nächste Anmerkung.

[214] Richtlinien über die Gebäudereinigung in Krankenhäusern und Dienststellen der Gesundheitsbehörde der Freien Hansestadt Hamburg in der Fassung vom 01.04.1978, siehe Margot Steinel und Dagmar Kelm: Personelle Struktur in der Reinigung, http://www.kolleg.loel.hs-anhalt.de/forschung/hauswirtschaft/selbstlernkurs/kurs/themen_druck.php?kurs=1&lenr=3&id=9; Petra Strunk: Die finnische Kalkulationssoftware CleanNet® in der Anwendung auf dem deutschen Markt, Diplomarbeit, 2005, http://opus.haw-hamburg.de/volltexte/2006/89/pdf/hau_y_161.pdf; Irene Reichert: Optimierung der Gebäudereinigung von öffentlichen Einrichtungen, Diplomarbeit, 2008,

bezeichnet werden. Die Werte wurden zuletzt 1990 aktualisiert, wobei zwischen der Reinigung im Einwannensystem und im „Doppelfahreimersystem“ (ähnlich wie in der GeNo) unterschieden wird. Verschiedentlich wurde erwähnt, es habe nochmal 1996 eine Aktualisierung unter dem Titel „Eppendorfer Modell“ gegeben. Dieses wurde jedoch niemals vorgelegt und es ist auch in der oben angegebenen Literatur nicht genannt.

Heute ist das „Hamburger Modell“ nicht mehr in Gebrauch, jedenfalls nicht seine Richtwerte. Neuere Richtwerte sind z.B. die nach Neumann/Henning 1999[215] oder nach Lutz 2001[216]. Richtwerte wurden auch erarbeitet vom Kuratorium für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft (KTBL), von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt), dem REFA-Fachausschuss Gebäudereinigung usw. Der Bremer Senat hat zuletzt im Januar 2011 in einer Vereinbarung mit ver.di Richtwerte für die öffentliche Gebäudereinigung festgesetzt.[217]

Allen diesen Richtwerten ist zweierlei gemeinsam: Erstens sind sie zwei- oder dreimal so hoch wie die alten Richtwerte des „Hamburger Modells“. Zweitens beziehen sie sich meistens nicht speziell auf Krankenhäuser und deren besondere Anforderungen, sondern ganz allgemein auf die Gebäudereinigung.

Für die Erhöhung der Leistungszahlen in der Gebäudereinigung wird teilweise auf die Rationalisierung durch moderne Reinigungsmaschinen verwiesen. Dies setzt jedoch voraus, dass solche Maschinen vorhanden sind und dass sie eingesetzt werden können.

Die Reinigung im Krankenhaus erfolgt in weiten Teilen dagegen nicht mit Reinigungsmaschinen, sondern von Hand. Gestiegene Hygiene-Anforderungen müssten hier eher zu einer Senkung der Leistungszahlen führen, d.h. zu mehr Zeit für die Reinigung, wenn eine hygienisch einwandfreie Reinigung gewährleistet sein soll. In der Praxis spiegeln die gestiegenen Leistungskennzahlen in der Krankenhaus-Reinigung schlicht den Kostendruck wieder und werden aus den Bedürfnissen der Verbilligung abgeleitet und nicht aus einer realistischen Einschätzung, welche Zeit für eine korrekte Krankenhausreinigung erforderlich ist.

Reinigungskennzahlen der GND

Die Geschäftsführung der Servicegesellschaft der GeNo, der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH, konnte dem Ausschuss nicht eindeutig erklären nach welchen Kennzahlen die Reinigungszeiten in der GeNo berechnet werden. Weder die beiden Geschäftsführer der GND noch der Prokurist konnten hierzu umfassende Angaben machen. Die Geschäftsführerin gab an, der von R+S eingesetzte Prokurist und der Qualitätsmanager hätten das Hamburger Modell „erwähnt“. Der vom Ausschuss vernommene Qualitätsmanager dagegen sagte aus, er wisse nicht, ob das Hamburger Modell angewendet werde oder nicht. Der Geschäftsführer der GND nannte immerhin Beispielzahlen.

---

http://opus.bsz-bw.de/fhlb/volltexte/2008/43/pdf/Reichert_Irene.pdf; Wolfgang Wöhrmann: CAFM mit Visio-Gebäudereinigung, http://www.cafm-mit-visio.de/VisioCAFM_Gebaeudereinigung.html

[215] Eva Neumann und Sven Henning: Outsourcing im Dienstleistungsbereich. Ein Ratgeber für die Vergabe von Reinigungsdienstleistungen, Stuttgart 1999

[216] Walter Lutz: Stellenschlüssel für Reinigungspersonal, in: rationelle hauswirtschaft 38/4 2001; ders.: Stundenleistung bei der Grundreinigung? in: rationelle hauswirtschaft 38/8, 2001.

[217] Einigung über die Eigenreinigung vom 25.01.2011, http://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/media.php/13/110125_Einigung_Gebaeudereinigung.pdf

„Abg. Frau Bernhard: Noch einmal zum Thema Reinigung, wir hatten das am Anfang schon einmal thematisiert im Zusammenhang mit den Raumbüchern und den Raumquadratmeterzahlen, die dort jeweils ausgerechnet sind und die für die Leistungsermessung Grundlage sind et cetera. Es gibt in den alten Protokollen der Monatsgespräche aus dem Jahr 2009 diese berühmte Zahl, dass Patientenzimmer in fünf bis sechs Minuten gereinigt werden sollen. Ist das immer noch Standard? Wissen Sie, ob das überarbeitet wurde? Wird das angepasst, oder gilt diese Zahl letztendlich immer noch?

Zeuge Gmajnic: Es gilt grundsätzlich, dass in der Reinigung sehr differenziert vorgegangen wird, mit welchen Reinigungsintensitäten und Reinigungsdauern die Zimmer gereinigt werden. In bestimmten Zimmern, die ein geringes Reinigungsbedürfnis haben, wird sicherlich deutlich schneller gereinigt, wir hatten aber beispielsweise - und da habe ich mich einmal von meinen Mitarbeitern informieren lassen - im Bereich der Station 4027 53 Quadratmeter Intensivstation. Diese 53 Quadratmeter werden in 43,2 Minuten gereinigt. Parallel dazu haben wir auf der gleichen Station ein Arztzimmer, das eine Größe von rund 14 Quadratmetern hat und in der Tat innerhalb von fünf Minuten gereinigt wird. Insofern gibt es hier sehr differenzierte Vorgaben für die einzelnen Reinigungsklassen.“[218]

„Abg. Frau Bernhard: Ich komme noch zu Fragen, die ich an Herrn Tiemann hatte und auf die ich nicht so sehr viele Antworten bekommen habe. Dann wissen Sie wahrscheinlich auch nicht, wie das mit den Angaben für die Reinigung bezüglich der Zeit ist. Wir haben vorhin dieses Protokoll, das haben Sie sich ja kurz angesehen, das war zwar auf das KBO bezogen, aber darin stehen diese berühmten 5,92 Minuten. Herr Gmajnic meinte gestern, für ein Patientenzimmer sind es fünf Minuten, und ich glaube, 53 - -.

RA Joester: Nein, das hat er nicht gesagt. Er hat eine konkrete Quadratmeterzahl genannt und dann die dazugehörigen Minuten, und die waren deutlich höher, nach meiner Erinnerung der zehnfache Betrag für irgendeine bestimmte Größenordnung.

Vorsitzende: Etwas über 43 Minuten für etwas über 53 Quadratmeter Intensivzimmer!

RA Joester: Das war der zehnfache Betrag.

Abg. Frau Bernhard: Ich habe es ja hier. Es waren 43,2 Minuten für 53 Quadratmeter, und es waren fünf Minuten für 14 Quadratmeter.

RA Joester: Das ist schon etwas ganz anderes!

Abg. Frau Bernhard: Mir geht es jetzt auch gar nicht präzise um dies oder jenes, das wäre nicht meine Frage gewesen. Ich wüsste ganz gern, wo ich das finde und wo diese Kalkulationen enthalten sind. Können Sie mir da weiterhelfen? Mir geht es jetzt nicht darum, ob das jetzt präzise diese fünf Minuten sind oder nicht, sondern wo das steht, dass man sich das einmal anschauen kann, und wie sich das womöglich in den letzten zwei Jahren verändert hat.

Zeugin Rüßmann: Ich war nun gestern nicht bei der Befragung von Herrn Tiemann dabei. Ich hatte die Hoffnung, dass er das als Praktiker ausführt. Herr Kolshorn könnte das jetzt auch ganz hervorragend ausführen. Das ist unterschiedlich von der

[218] Tomislav Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3660 f.

Quadratmeterzahl und abhängig davon, wie die Raumklassifikation vorgenommen wurde. Dann gibt es Rechenmodelle, wie sich das dann letztendlich zusammensetzt, was die Raumklassen einzeln aussagen. Das ist aber von Raum zu Raum völlig unterschiedlich und isoliert zu betrachten.

RA Joester: Das ist nicht die Frage. Frau Bernhard meint, wo die Ursprungszahlen herkommen. Sind das bundesrepublikanische Zahlen? Sind es Bremer Zahlen? Wer hat sich die ausgedacht?

Zeugin Rüßmann: Ich habe da gestern auch nachgefragt, um das noch einmal zu verstehen. Es wurde in dem Zusammenhang das Hamburger Modell von Herrn Kolshorn und Herrn Tiemann erwähnt.

Abg. Frau Bernhard: Ist dieses Hamburger Modell öffentlich einsichtig, oder ist das in den Akten irgendwo? Können wir das auch bekommen? Ich möchte ja nur die ursprünglichen Zahlen einmal irgendwie haben. Mir geht es gar nicht darum, dass das jemand wissen muss, der hier sitzt.

RA Joester: Wir kümmern uns darum!

Zeugin Rüßmann: Ich denke, diese Unterlagen sind öffentlich zugänglich, aber wir schauen noch einmal, wo man das herbekommt.“[219]

„Abg. Frau Bernhard: Sie haben vorhin gesagt, zu Dienstplänen und Raumbüchern könnten Sie keine Angaben machen. Das heißt also, das schließt auch ein, Sie haben jetzt praktisch nicht im Kopf, wie viel Zeit beispielsweise für einen Raum veranschlagt wird, nach welchen Kriterien das abgerechnet wird et cetera?

Zeuge Niehoff: Nein! Ich weiß, dass es Leistungswerte gibt und wie man es theoretisch berechnet. Konkrete Zahlen, wie lange irgendwo ein Patientenzimmer gereinigt wird oder so, kann ich Ihnen jetzt nicht nennen.

Abg. Frau Bernhard: Wissen Sie, was die Hamburger Tabelle ist?

Zeuge Niehoff: Das ist ein Raumgruppenverzeichnis.

Abg. Frau Bernhard: Ich habe es nach wie vor nicht gefunden. Können Sie mir sagen, ob das als Grundlage verwendet wird und wo ich das finde?

Zeuge Niehoff: Mir ist jetzt nicht bekannt, dass das irgendwo als Grundlage verwendet wird, das ist ja ein Richtwert. Es ist mir jetzt nicht bekannt, ob das wirklich verwendet wird oder nicht.“[220]

Das Raumbuch zur Frauenklinik, das dem Ausschuss als einziges vorlag, enthält zwar Angaben zu Raumgruppen, aber keine Leistungskennzahlen, wie schnell diese Raumgruppen gereinigt werden müssen. Die Leistungskennzahlen, die von der GND bzw. von R+S für die Raumgruppen verwendet werden, um die Reinigungszeiten für die Räume zu errechnen, wurden dem Ausschuss nie nachgereicht.

In den später vom Ausschuss angeforderten Rechnungen der GND an das KBM finden sich dagegen auch Angaben zu Leistungskennzahlen.[221] Dabei wird deutlich, dass am KBM nicht

[219] Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 26-3784 ff.
[220] Niehoff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4309 f.

nur Raumgruppen (A bis I), sondern auch Raum-Untergruppen (A5, E1, F5 usw.) verwendet werden und dass die Leistungskennzahlen auch für verschiedene Räume derselben Raumgruppe voneinander abweichen. Das erklärt, warum sich für die Raumgruppe C „Intensiv“ einerseits eine Leistungskennzahl von 63 qm/h findet, andererseits das vom Geschäftsführer der GND genannte Beispiel auf eine höhere Leistungskennzahl hinausläuft: 43,2 Minuten für 53 qm Intensivzimmer und 5 Minuten für 14 qm Arztzimmer bedeuten, dass das Intensivzimmer in der 4027 mit einer Geschwindigkeit von 74 qm/h gereinigt wurde und das Arztzimmer mit 168 qm/h. Ebenfalls gibt es unterschiedliche Leistungskennzahlen für das Personal der GND und für das „gestellte Personal“, d.h. Beschäftigte die beim KBM angestellt sind und deren Arbeitseinsatz von der GND verwaltet wird.[222]

Das Hamburger Modell verwendet 4 Raumgruppen: Patienten- und Arzträume in normalen Stationen (A), Patientenbereiche mit besonderen hygienischen Anforderungen wie Wach- und Intensivstationen (A1), Diensträume (B), patientenferne Dienst- und Verwaltungsräume (B1).[223] Die GND verwendet 9 Raumgruppen (A bis I).[224] Die Raumgruppen der GND unterscheiden nicht zwischen Patientenzimmern allgemein und auf besonders hygieneintensiven Stationen, so dass sich z.B. auf der Frühgeborenen-Station nur die Reinigungszeiten der beiden Intensivzimmer von den Reinigungszeiten irgendeiner anderen, weniger hygienesensiblen Station unterschieden.

Raumgruppen und Leistungskennzahlen GND/KBM[225]

Raumgruppe		qm/h		min. für 20 qm	
		GND	Gestelltes Personal	GND	Gestelltes Personal
A	Patientenzimmer, Diensträume	180			
B	Büroräume, Aufenthaltsräume	172-178	125	6,7	9,6
C	OP-Räume, Kreißsaal, Ambulanz	63-74		17,4	
D	Phsyiotherapie, Labor, OP-Nebenräume, OP-Flure	?			
E	Sanitärräume, Spülräume	92-114	60	12,2	20,0
F+G	Flure, Hallen, Treppe	251-265	150	4,5	8,0
I	Lager, Balkon	233-247	210	4,9	5,7

[221] Rechnungen GND ans KBM Januar-Juli 2011, Band 219, S. 53 f, S. 82, S. 252 ff., S. 308; Rechnungen GND ans KBM August-Dezember 2011, Band 220, S. 44 ff.
[222] Band 219, S. 255 ff. enthält Leistungskennzahlen für gestelltes Personal
[223] Petra Strunk, CleanNet, S. 24
[224] Band 80, S. 7
[225] Eigene Zusammenstellung, Daten: Band 219 und 220 s. oben, für C auch Angaben des Geschäftsführers 25-3660 f. Für die Grafik zu Beginn Kapitel III.2.4 wurden jeweils die Durchschnittswerte der Spalte KSG zugrunde gelegt.

Die Leistungskennzahlen der GND entsprechen nicht dem Hamburger Modell, sondern es wurde erheblich schneller gereinigt. Der Wert für die Intensivzimmer in der Neonatologie KBM lag demnach um 50% höher als der Wert in der Hamburger Tabelle 1990 für „Patientenbereiche mit besonderen hygienischen Anforderungen“ , der Wert für ein Patientenzimmer (Raumgruppe A) um 100% höher als für die Raumgruppe „Patientenzimmer und Diensträume im Stationsbereich“ im Hamburger Modell 1990. Die Leistungskennzahlen der GND liegen im Bereich der Patientenzimmer und der Sanitärräume auch erheblich über z.B. den von Lutz 2001 veranschlagten Werten.

Unterhaltsreinigung (UHR) auf den verschiedenen Stationen

Dem Ausschuss wurde von der GND ein sogenanntes **„Bereichsregister“** vorgelegt für das KBM 2011. Darin sind für die einzelnen Stationen die Quadratmeter, die Jahres- und Monatsfläche (also qm mal Häufigkeit der Reinigung pro Jahr und pro Monat), die Jahres- und Monatsstunden und die berechneten Kosten aufgeführt. Das „Bereichsregister“ ist eine Excel-Liste, die Additionsfehler enthält: Die Gesamtzahl der Reinigungsstunden 2011 für das KBM beträgt nicht 375.000 Stunden wie ausgewiesen, sondern 135.000 Stunden.[226] Die Leistungskennzahlen sind nicht ausgewiesen, lassen sich aber aus den Angaben errechnen. Für den Bereich Frauenklinik ergeben sich die folgenden Werte:[227]

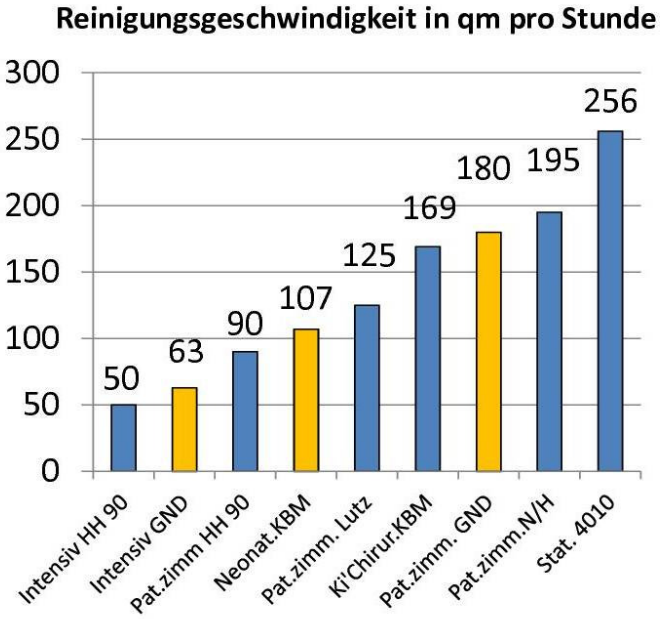
Reinigungszeit laut Bereichsregister Frauenklinik

	Bereichsregister			
Bereich	**Fläche qm**	**Jahresfläche**	**Jahresstd.**	**qm/h**
Kreißsaal				
Fr.kl. Allg.	3.775,53	792.257,30	4.180,65	189,51
Chefarzt	305,91	60.250,02	337,59	178,47
Praxis Frenz	258,96	38.455,71	229,07	167,88
Pränat.Diag.	140,52	45.021,98	272,88	164,99
Humangen.	241,53	25.215,73	138,45	182,13
Station 3	624,12	220.316,63	1.373,45	160,41
Stat.3 NR				
Station 4027	**474,78**	**175.889,47**	**1.636,70**	**107,47**
Station 4010	42,10	13.247,32	51,69	256,28
Onkol.Tag.kl				
Station 6	6,49	338,78	1,45	233,64
Station 7	701,08	227.463,33	1.374,62	165,47
Zytostase	18,81	225,83	1,57	143,84
Stat.6 Derma	614,66	213.035,25	1.259,40	169,16
Tag.kl.Derma	486,94	106.391,43	701,25	151,72
	7.691,43	**1.918.108,78**	**11.558,77**	**165,94**

[226] An 2 Stellen ist die qm-Zahl fehlerhaft in die Spalte „Jahresstunden“ kopiert; die richtige Jahresstunden-Zahl lässt sich auch aus der Spalte „Monatsstunden“ mal 12 ermitteln.

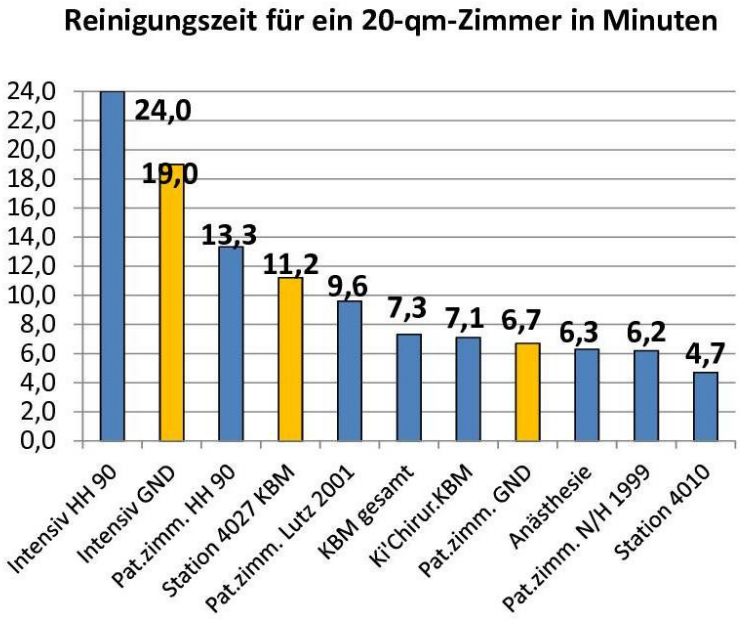
[227] Kreißsaal und OPs werden offenbar außerhalb des „Registers“ abgerechnet. In der folgenden Tabelle sind nur die Zeilen aufgeführt, die sich eindeutig den im Dienstplan (Band 23) genannten Stationen zuordnen lassen.

Auch hier zeigt der Vergleich sehr hohe Reinigungsgeschwindigkeiten. Die laufende Unterhaltsreinigung z.B. in der Kinderchirurgie insgesamt erfolgte mit einer höheren Reinigungsgeschwindigkeit, als dies im Hamburger Modell oder bei Lutz 2001 für ein Patientenzimmer veranschlagt ist.



[228]

In die anschaulichere Darstellung überführt, wie viel Zeit für die Reinigung eines 20-qm-Raums zur Verfügung steht, stellen sich die Werte so dar:



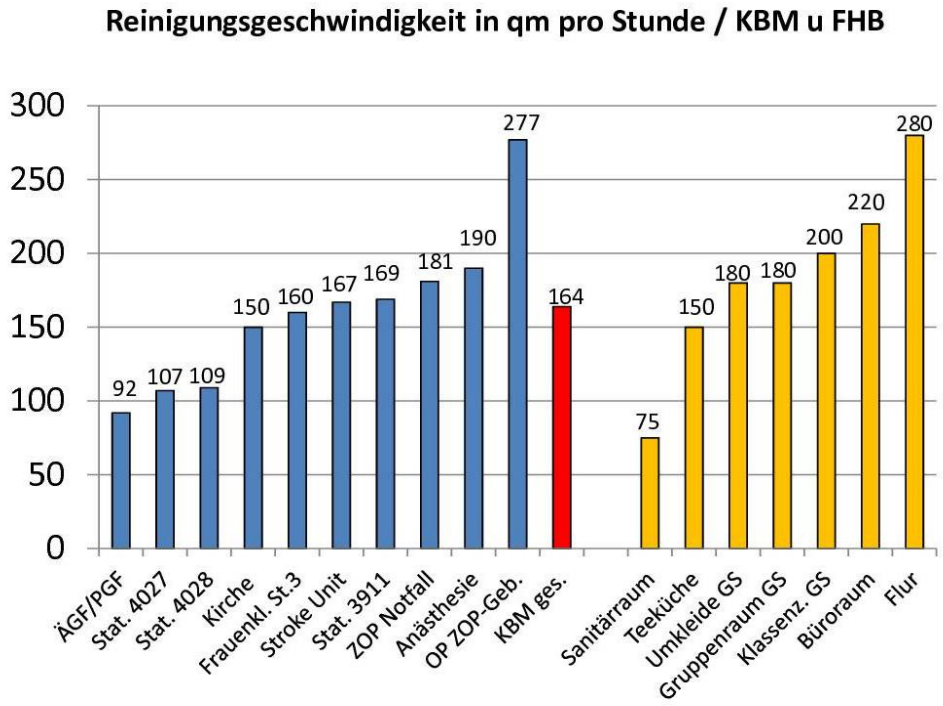
[228] Diese und folgende Grafik: Eigene Grafik, Daten siehe Anm. 214 und 225

Der Vergleich der Reinigungszeiten für die verschiedenen Klinikbereiche deutet nicht darauf hin, dass die Reinigungszeiten vorrangig aus hygienischen Einschätzungen abgeleitet sind. **Aus dem Gesamtregister 2011 ergibt sich, dass z.B. die Räume der Pflegerischen und der Ärztlichen Geschäftsführung mit einer niedrigeren Leistungskennzahl (also mehr Zeit pro qm) gereinigt werden als die Neonatologie.** Auch für Kirche und Finanzabteilung stehen mehr Reinigungszeit pro qm zur Verfügung, als z.B. für die Kinderchirurgie oder die Allgemeine Anästhesie.

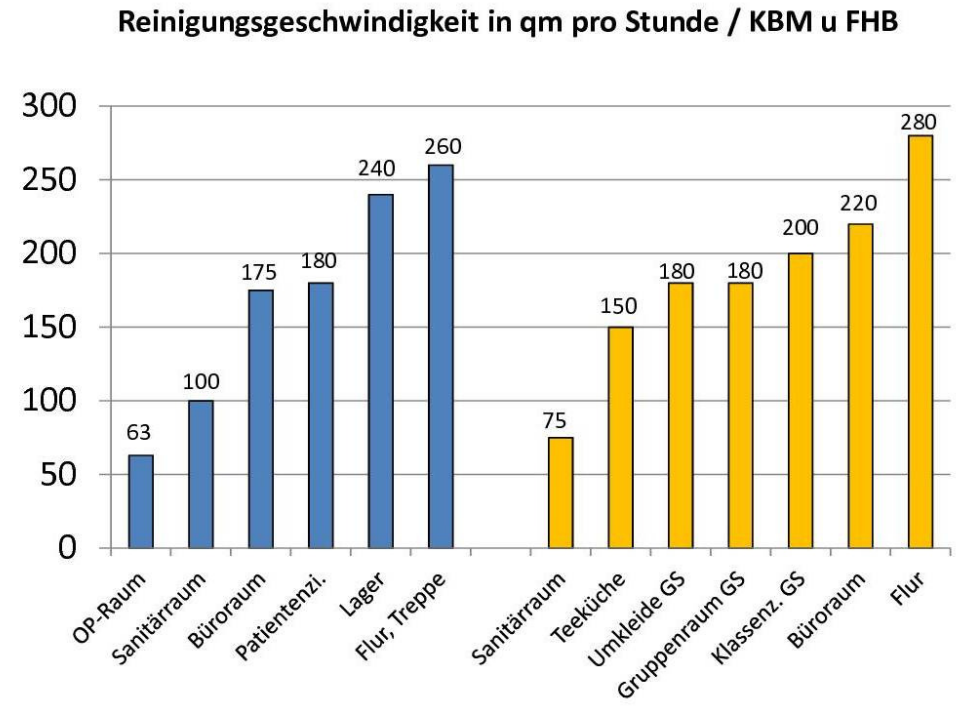
Reinigungszeit ausgewählter Bereiche laut Bereichsregister

	Bereichsregister			
Bereich	**Fläche qm**	**Jahresfläche**	**Jahresstd.**	**qm/h**
Krankenpfl.-Direktion	10,58	2.761,38	30,02	91,98
ÄGF	14,87	3.881,07	42,19	91,99
PGF	40,58	10.591,38	115,12	92,00
Station 4027	**474,78**	**175.889,47**	**1.636,70**	**107,47**
Station 4028	**565,20**	**180.564,81**	**1.645,42**	**109,74**
IPS	1.905,08	1.121.620,88	9.304,24	120,55
Kirche	100,00	26.100,00	177,60	146,96
Finanzabteilung	1.228,85	140.065,23	878,46	159,44
Frauenklinik Stat. 3	624,12	220.316,63	1.373,45	160,41
Stroke Unit	724,94	222.043,92	1.325,41	167,53
Änästh.Kamp	143,69	23.891,57	142,31	167,88
Stat. 3911	337,11	108.698,12	643,50	168,92
KGF	218,92	30.300,80	178,71	169,55
Pathologie	1.206,35	208.634,39	1.173,16	177,84
Verwaltung	1.360,71	170.341,29	955,20	178,33
ZOP Notfall	1.465,94	471.855,90	2.606,75	181,01
Änasth.Allg.	477,95	123.774,55	652,46	189,70
Frauenklinik Stat. 6	6,49	338,78	1,45	233,64
Station 4010	42,10	13.247,32	51,69	256,28
ZOP-Geb. OP	72,80	19.000,80	68,59	277,02
KBM ges.	**84.744,74**	**21.399.774,63**	**130.576,56**	**163,89**

Ein Vergleich des KBM-Registers mit der Bremer Einigung zur Eigenreinigung ergibt, dass z.B. ein Sanitärraum in der Bremer Verwaltung mit mehr Zeit pro qm gereinigt wird, als die Neonatologie am KBM. **Die meisten Stationen am KBM werden in etwa mit derselben Reinigungsgeschwindigkeit gereinigt wie ein durchschnittliches Klassenzimmer an einer Bremer Grundschule oder ein Umkleideraum.** Für eine Teeküche in einer Bremer Schule steht mehr Reinigungszeit pro qm zur Verfügung, als für die Kinderchirurgie oder die Station Anästhesie und Intensivmedizin am KBM.



Hier noch einmal die Leistungskennzahlen KBM und FHB/Eigenreinigung im Vergleich.



Verkürzung der Reinigungszeiten

Die Reinigungszeiten wurden in der GND im Herbst 2009 verkürzt, wie sich aus den Protokollen des Konzernbetriebsrats entnehmen lässt:

> „Markus Rohdenburg berichtet von den Problemen der KSG-Mitarbeiterinnen. Diese haben jetzt nur noch die Hälfte der Zeit zur Verfügung und müssen z.B. ein

> Patientenzimmer in 5 Minuten reinigen. Die KollegInnen sind dem Druck nicht mehr gewachsen. (…) Herr Dr. Hansen sieht das Problem nicht in der KSG sondern in den Reinigungsplänen. Hier muss sorgfältig geprüft werden, wie die Reinigungsfrequenz ist und ob es einen Korrekturbedarf gibt.“[229]

> „„Frau Rüssmann und Herr Richter wurden zur Klärung offener Punkte in die Sitzung eingeladen.
> Markus Rohdenburg berichtet von den Problemen mit der KSG im KBO:
> - Die KollegInnen der KSG haben für ein Patientenzimmer nur 5-6 Minuten Zeit, die eigenen KollegInnen 8 Minuten.
> - Fraglich ist, ob hier die Hygienestandards eingehalten werden können.
> (…) Frau Rüssmann nimmt zu den Punkten wie folgt Stellung: Die Raumbücher können in den Räumen der KSG eingesehen werden, in Mitte und Ost liegen sie auch in elektronischer Form vor. Die Reinigungszeit für ein Patientenzimmer beträgt 5,92 Minuten, dies ist auch in den Raumbüchern verankert. Diese Vorgaben gelten für alle Häuser, es gibt sie schon lange, wurden aber bisher nicht eingehalten.“[230]

Demnach erfolgte im Herbst 2009 eine Verkürzung der Reinigungszeiten dergestalt, dass bis dahin auch für die GND-Beschäftigten die Leistungskennzahlen verwendet wurden, wie sie für das KBM-Personal („gestelltes Personal“) gelten. Ab Herbst 2009 wurden dagegen für die GND-Beschäftigten die „Vorgaben“ der R+S angewendet, die (wie oben in der Tabelle dargestellt) 30 bis 40 % höher liegen, was einer 30 bis 45-prozentigen Verkürzung der Reinigungszeiten entspricht. **Ab Herbst 2009 wurde die Reinigung damit erheblich schlechter.**

Eine erneute Verkürzung der Reinigungszeiten fand im Herbst 2011 statt:

> „Sebastian Wriedt berichtet, dass die VorarbeiterInnen und Leitungen der GND die Zeitvorgaben gekürzt haben und fordert hier die generellen Kriterien für die Vergabe der Reinigungsleistungen ein..“[231]

Diese weitere Verkürzung der Reinigungszeiten im Herbst 2011 lässt sich in den Unterlagen nicht genau nachvollziehen. Im KBR wird der Feststellung, die Zeiten seien verkürzt worden, aber von niemand widersprochen. Die R+S hatte jede Möglichkeit, über die Zuordnung von Räumen zu anderen Unter-Raumgruppen oder individuelle Veränderung der Leistungskennzahlen für einzelne Räume die Reinigungsgeschwindigkeit zu erhöhen. Es gibt daher keinen Grund die Darstellung im KBR zu bezweifeln, **dass die Reinigung im Herbst 2011 erneut schneller und damit schlechter wurde.**

Die Bremer Vereinbarung zur Eigenreinigung beruht auf mit der zuständigen Gewerkschaft geeinigten Leistungskennzahlen und der Festlegung, dass es objektbezogene Aufschläge bei der Reinigungszeit gibt, wenn die besondere Gegebenheit der Räume es erfordert; dies muss dann mit der Beschäftigtenvertretung vereinbart werden. Die Reinigungszeiten in der GeNo werden stattdessen in einem willkürlichen Verfahren von der Managementfirma R+S einseitig festgelegt und verändert, das vollständig intransparent und der Mitwirkung der Beschäftigtenvertretung vollständig entzogen ist. Nicht nur die Beschäftigten sind so einer Verschärfung der Arbeitsbelastung wehrlos ausgeliefert, auch eine systematische

[229] Monatsgespräch KBR mit GF GeNo vom 19.10.2009, TOP 6 Personalentwicklung in der KSG, Band 184, S. 32
[230] Monatsgespräch KBR vom 16.11.2009, TOP 4 Situation KSG, Band 184, S. 37 f.
[231] Monatsgespräch KBR vom 21.11.2011, TOP 3 Bericht der GF über deren Beschlüsse, Aktivitäten und Planungen seit den letzten Monatsgesprächen, Band 184, S. 176

Überprüfung nach hygienisch-medizinischen Standards ist so nicht möglich. Dass die Leistungskennzahlen weder vorgetragen werden konnten noch nachgereicht wurden, lässt darauf schließen, dass die Intransparenz System hat und die Reinigungszeiten letztlich freihändig von der R+S festgelegt und verändert werden.

Dass die Reinigungszeiten einfach nicht reichen, um die geforderten Anforderungen zu erfüllen, berichtete auch der Betriebsratsvorsitzende der GND:

> „Vorsitzende: Halten Sie das Hygienemanagement der GeNo für ausreichend?
>
> Zeuge Fischer: Ich habe von der Hygiene nicht besonders viel Ahnung. Ich weiß aber, was es heißt, sauberzumachen oder zu reinigen, und ich weiß, wie viele Beschwerden wir bekommen, was uns unsere Reinigungskräfte sagen, dass sie mit den Zeitvorgaben eigentlich - - . Die sind nicht umzusetzen.
>
> Vorsitzende: Wenn diese Mitarbeiter das sagen, was bedeutet das dann? Das nicht ordentlich gereinigt wird?
>
> Zeuge Fischer: Das bedeutet, dass sie für eine Station Zeitvorgaben bekommen, in der sie die Station nicht hundertprozentig reinigen können, oder sie müssen Zeit hinten anhängen, womit sie meistens dann aber ein Problem haben, diese Zeit bezahlt zu bekommen. Dementsprechend gehen sie dann auch damit um, das ist natürlich.“[232]

Dass die **Kalkulation der Reinigungszeiten letztlich so erfolgte, dass sie nicht den hygienischen Anforderungen, sondern dem finanziell festgelegten Rahmen angepasst wurden**, lässt sich auch der folgenden Mail entnehmen, die der Controller der R+S an die GeNo-Geschäftsführung und die GND-Geschäftsführung schickte:

> „Nach nochmaliger Überarbeitung auf Grund umsatzvermindernder Vorgaben der Muttergesellschaft, sowie der Erhöhung des Anspannungsgrades in den einzelnen Objekten ergibt sich das in der Anlage beigefügte Budget für 2012 (…) Um überhaupt ein positives Ergebnis belastbar zu planen, haben wir Innovations- bzw. Rationalisierungserfolge für die Klinika KBO und LdW im Gesamtwert von 110.000,00 € in das vorliegende Budget eingearbeitet.“[233]

Reinigungszeiten in der Neonatologie

Für die tägliche Reinigung der Station 4027 standen laut Bereichsregister 4,5 Stunden zur Verfügung, für eine Station mit gut 20 Räumen unterschiedlicher Raumklasse und insgesamt 475 qm. Die vorgegebene Reinigungsgeschwindigkeit bedeutet anschaulich übersetzt, dass ein 20qm-Zimmer in 11 Minuten gereinigt werden muss.

Man kann es auch so sagen: Wer seine 80qm-Wohnung täglich 45 Minuten putzt, betreibt umgerechnet denselben zeitlichen Aufwand für Reinigung, wie er am KBM in der Neonatologie betrieben wurde. Wer einmal in der Woche 3 Stunden aufwendet, um seine 80qm-Wohnung sauber zu machen, betreibt etwa denselben zeitlichen Reinigungsaufwand, wie er auf der Dermatologie-Station oder der Station 3 der Frauenklinik betrieben wird.

---

[232] Thomas Fischer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 11-1309

[233] Mail Jörg Ehricht an Rüßmann u.a. vom 4.11.2011, Band 187, S. 458

Reinigungszeit laut Bereichsregister Frauenklinik						tägliche Reinigungs-min. für 80 qm	wöchentl. Reinigungs-std. für 80 qm
	Bereichsregister						
Bereich	**Fläche qm**	**Monatsstd.**	**Tagesstd.**	**qm/h**	**min/qm**		
Kreißsaal							
Fr.kl. Allg.	3.775,53	350,61	11,46	329,51	0,18	14,57	1,70
Chefarzt	305,91	28,13	0,92	332,77	0,18	14,42	1,68
Praxis Frenz	258,96	19,09	0,62	415,10	0,14	11,56	1,35
Pränat.Diag.	140,52	22,74	0,74	189,09	0,32	25,38	2,96
Humangen.	241,53	11,54	0,38	640,45	0,09	7,49	0,87
Station 3	624,12	114,45	3,74	166,87	0,36	28,77	3,36
Stat.3 NR							
Station 4027	**474,78**	**136,39**	**4,46**	**106,52**	**0,56**	**45,06**	**5,26**
Station 4010	42,10	4,31	0,14	298,90	0,20	16,06	1,87
Onkol.Tag.kl							
Station 6	6,49	0,12	0,00	1.654,95	0,04	2,90	0,34
Station 7	701,08	114,56	3,74	187,26	0,32	25,63	2,99
Zytostase	18,81	0,30	0,01	1.918,62	0,03	2,50	0,29
Stat.6 Derma	614,66	104,95	3,43	179,21	0,33	26,78	3,12
Tag.kl.Derma	486,94	58,43	1,91	255,01	0,24	18,82	2,20
ohne Kreißs.	**7.691,43**	**965,62**	**31,56**	**243,74**	**0,25**	**19,69**	**2,30**

Die in den Dienstplänen der Frauenklinik ausgewiesenen Schichtstunden[234] stimmen in der Summe nicht mit den Stundenzahlen im Bereichsregister überein. Die Zuordnung ist teilweise unterschiedlich, was den Vergleich erschwert. Wenn man nur die Stationen vergleicht, die sich eindeutig zuordnen lassen zwischen Dienstplänen und Bereichsregister, wird deutlich, dass die Stunden im Bereichsregister nicht ausreichen, um die Dienstplanstunden abzudecken.

Die Monatsstunden im Bereichsregister stimmen mit den monatlichen Rechnungen überein, die von der GND ans KBM gestellt wurden; was im Register steht, ist das was bezahlt wird.[235] Das ist um durchschnittlich 12 Prozent weniger als das, was in den Dienstplänen als Zeit angegeben ist.

Die wahrscheinlichste Erklärung ist, dass seitens der GND bzw. der R+S Ausfallzeiten eingeplant sind, d.h. die Vorgehensweise, dass wegen Krankheit ausfallende MitarbeiterInnen nicht ersetzt werden sondern Schichten dann an dem betreffenden Tag einfach nicht gemacht werden.

Dies deckt sich auch mit der Einschätzung des Betriebsratsvorsitzenden, dass ausfallende Schichten häufig nicht ersetzt werden:

> „Zeuge Fischer: Wenn ich mit neun Kollegen zusammen in einer Betriebsratssitzung sitze - und wir sitzen turnusmäßig jeden Mittwoch - und davon sieben Leute im

[234] Band 23, S. 504 ff.
[235] Rechnungen GND ans KBM, Band 209, 210, 219, 220

Dienstplan auf irgendeiner Station als Reinigungskraft eingeteilt sind, dann können Sie sich vorstellen, was ich von dem Dienstplan halte. Wir haben auch diesbezüglich jetzt extra einen Dienstplanausschuss gegründet, um der Sache auf den Grund zu gehen.

Abg. Fecker: Was vermuten Sie denn, heißt das, dass in der Zeit dann die Arbeit nicht erbracht wird oder dass die Arbeit dann auch auf die anderen im Dienstplan vielleicht befindlichen Kolleginnen und Kollegen abgewälzt wird?

Zeuge Fischer: Das weiß ich nicht, darüber möchte ich eigentlich keine Spekulationen abgeben. Fakt ist, wenn meine Kollegen neben mir sitzen, weiß ich, dass der Dienstplan, der vor mir liegt, nicht korrekt ist.“[236]

Bereichsregister und Dienstpläne Frauenklinik

	Bereichsregister		**Stunden lt. Dienstplänen**					**Differenz**	**Diff.**
Bereich	**qm**	**Monatsstd.**	**Mo-Fr**	**Sa**	**So**	**Jahr**	**Monat**	**DP/Reg.**	**Prozent**
Kreißsaal			7,5	7,5	7,5	2.737,50			
Fr.kl. Allg.	3775,5	350,61	17,5	5,25	5,25	5.106,50	425,54	-74,93	-17,61%
Chefarzt	305,91	28,13	1,5			390,00	32,50	-4,37	-13,45%
Praxis Frenz	258,96	19,09	2			520,00	43,33	-24,24	-55,95%
Pränat.Diag.	140,52	22,74	1,25	1	1	325,00	27,08	-4,34	-16,04%
Humangen.	241,53	11,54	0,4			104,00	8,67	2,87	33,15%
Station 3	624,12	114,45	4	3	1,5	1.277,00	106,42	8,03	7,55%
Stat.3 NR			0,5		0,5	156,00	13,00	-13,00	
Station 4027	**474,78**	**136,39**	**5,5**	**5,5**	**5**	**1.981,50**	**165,13**	**-28,74**	**-17,40%**
Station 4010	42,1	4,31						4,31	
Onkol.Tag.kl	268,07		0,6			156,00	13,00	-13,00	
Station 6	6,49	0,12						0,12	
Station 7	701,08	114,56	4	3	1,5	1.277,00	106,42	8,14	7,65%
Zytostase	18,81	0,3						0,30	
Stat.6 Derma	614,66	104,95	4	3,5	1,25	1.290,50	107,54	-2,59	-2,41%
Tag.kl.Derma	486,94	58,43	2,5			650,00	54,17	4,26	7,87%
			51,25	28,8	23,5	15.971,00			
ohne Kreißsaal		**965,62**	**43,75**	**21,3**	**16**	**13.233,50**	**1.102,79**	**-137,17**	**-12,44%**

Für die Frühgeborenen-Station 4027, die täglich gereinigt wird, sind im Bereichsregister umgerechnet 4,5 Stunden täglich angegeben, im Dienstplan dagegen 5,5 Stunden, die GND-Geschäftsführerin gab im Ausschuss 5,4 Stunden an. Nach der Konfrontation mit dem Reinigungsgutachten von Lutz Weber wurde die Stundenzahl im Juni 2012 erhöht:

„Vorsitzende: Wer legt eigentlich fest, wie viel Zeit zur Reinigung einer bestimmten Räumlichkeit aufgewendet werden kann?

Zeugin Rüßmann: Da kann ich Ihnen natürlich auch nur sagen, was ich versucht habe, in Erfahrung zu bringen. Mir ist gesagt worden, dass das Bundeswerte, Durchschnittswerte und Erfahrungswerte sind. Durch die Beobachtung der Mitarbeiter haben auch im Jahr 2011 Korrekturmaßnahmen speziell im betroffenen Bereich stattgefunden, weil die

[236] Thomas Fischer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 11-1315

> Mitarbeiter zu der Zeit laut Raumbuch mit geplanten 5,4 Stunden eingesetzt waren - auf sechs Stunden war die Zeitvorgabe sowieso schon erhöht worden -, und dadurch dass jetzt spezielle Schutzmaßnahmen, sprich dass Schutzkleidung angelegt werden muss, sind seitdem acht Stunden in dem Bereich gegeben worden.“[237]

Man muss sich an dieser Stelle noch einmal die räumlichen Gegebenheiten vergegenwärtigen. Die Frühgeborenen-Station 4027 hat 475 qm. Darunter sind 2 Intensivräume (440, 441) mit 55 bzw. 58 qm, 7 Patienten- und Personalräume mit je ca. 20 qm, 5 Sanitärräume (WCs, Bäder) mit je 3 qm, 4 Labor-, Desinfektions- und Spülräume mit je 7 bis 9 qm, 5 Lager- und Geräteräume von 3 bis 21 qm, 2 Flure und 2 Schleusen mit zusammen 104 qm.

Nach den vom Geschäftsführer der GND gemachten Angaben zur Reinigungsgeschwindigkeit (s.o.) muss man sich **den täglichen Arbeitsablauf im Jahr 2011** vermutlich etwa so vorstellen:

2 Intensivräume	je 45 bzw. 47 min	1:30 h
7 Patienten- und Personalräume	je 7,5 min	0:53 h
9 Sanitär, Labor, Desinfektion	je 15 min	2:15 h
5 Lager-und Geräteräume	je 5 min	0:25 h
4 Flure bzw. Schleusen	je 5 min	0:20 h
Zusammen		5:23 h
Plus 7 min Rüstzeit und Pausenzeit		5:30 h

In dieser Zeit reinigt das Reinigungspersonal nicht nur die Böden, Toiletten, Waschbecken, Badewannen, Schränke und Regale, sondern auch den Medikamentenkühlschrank (von außen), die Telefone und das Mobiliar.[238]Auch die halbhohen „Versorgungsleisten“ mit den Anschlüssen für Geräte werden vom Reinigungspersonal gereinigt.[239] Infusionsständer und patientennahe Flächen, Instrumente, PC-Tastaturen, Inkubatoren und Wärmebetten, Pflegewagen und Waschschüsseln werden dagegen vom Pflegepersonal gereinigt und desinfiziert[240], während es 3 bis 4 Frühgeborene pro Person betreut.

Regiestunden

Zusätzliche Reinigungsarbeiten über das Bereichsregister hinaus werden über sogenannte „Regiestunden“ erbracht. Das sind zusätzliche Arbeiten, die beauftragt und von der GND-Leitung bewilligt werden.

Die Sichtung der abgerechneten Regiestunden aus 2011[241] ergibt, dass in den Bereichen Kinderklinik und Frauenklinik regelmäßig Regiestunden abgerechnet wurden für folgende Leistungen:

Rohrpost	wöchentlich 1,5 Stunden[242]

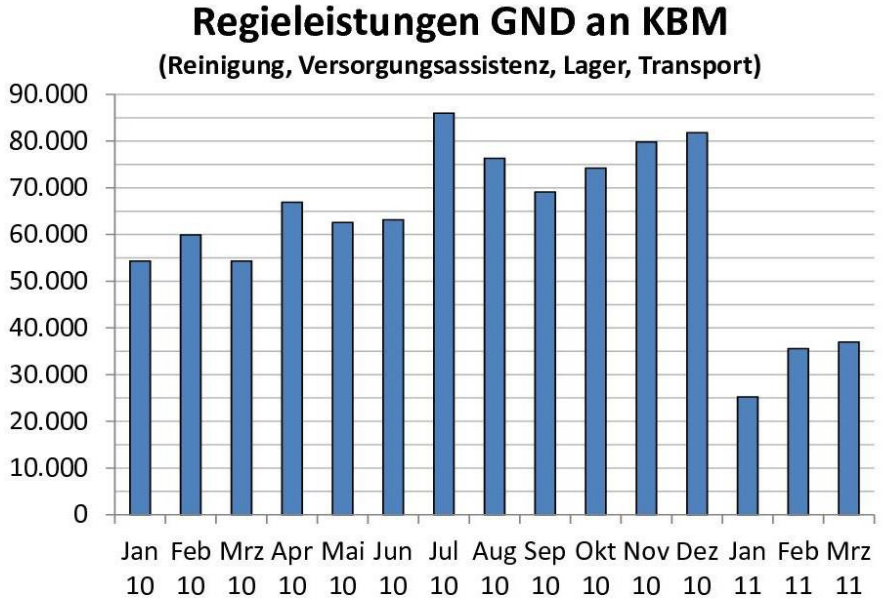
[237] Judith Rüssmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 26-3737. Die Anweisung zur Verwendung von Einmalhandschuhen erfolgte im Juni 2012, die acht Stunden würden demnach ab da gelten. Ob die Station 4027, die ja derzeit nicht genutzt wird, dennoch gereinigt wird (mit jetzt 8 Std), ist nicht klar.
[238] Desinfektionsplan Teil II
[239] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 27-3872
[240] Raumbuch, Band 80
[241] Band 215-218

Kinderzentrum[243]	täglich 8 Stunden
Service für Veranstaltungen	je nach Veranstaltungszahl
Unkraut beseitigen Terrasse u.a.	in mehrmonatigen Abständen
Vorhänge wechseln nach MRSA	je nach Anfall

Darüber hinaus wurden noch einige Stunden für besondere Einsätze über Regiestunden abgerechnet wie etwa Reinigung der Klimaanlage im OP Frauenklinik.

Zusätzliche Regiestunden etwa nach der Ausbruchsmeldung vom 7.9.2011 sind nicht abgerechnet worden. Auch die monatliche Reinigungsleistung im Rahmen des Bereichsregisters hat sich nicht verändert. **Die Reinigungsleistung wurde also nach der Meldung vom 7.9.2011 bis zur Schließung im November 2011 nicht erhöht.**

Dagegen wurde die Reinigungsleistung 2011 gegenüber 2010 insgesamt am KBM und auch in Frauen- und Kinderklinik deutlich reduziert. Für 2010 sind hier noch eine Vielzahl von Regiestunden abgerechnet worden, was in 2011 nicht mehr der Fall ist.



[244]

Bei den Rechnungen der GND an das KBM wurde ab April 2011 die Zuordnung geändert. Wurden bis dahin Regieleistungen für Reinigung, Versorgungsassistenz, Zentrallager und Transporte gemeinsam in Rechnung gestellt, so wurden ab April 2011 die Reinigungsleistungen separat in Rechnung gestellt. Der Ausschuss hat für diesen Zeitraum auch nur die Regierechnungen Reinigung vorliegen. Die Zahlen ab April 2011 sind daher mit den Zahlen vor April 2011 nicht vergleichbar.

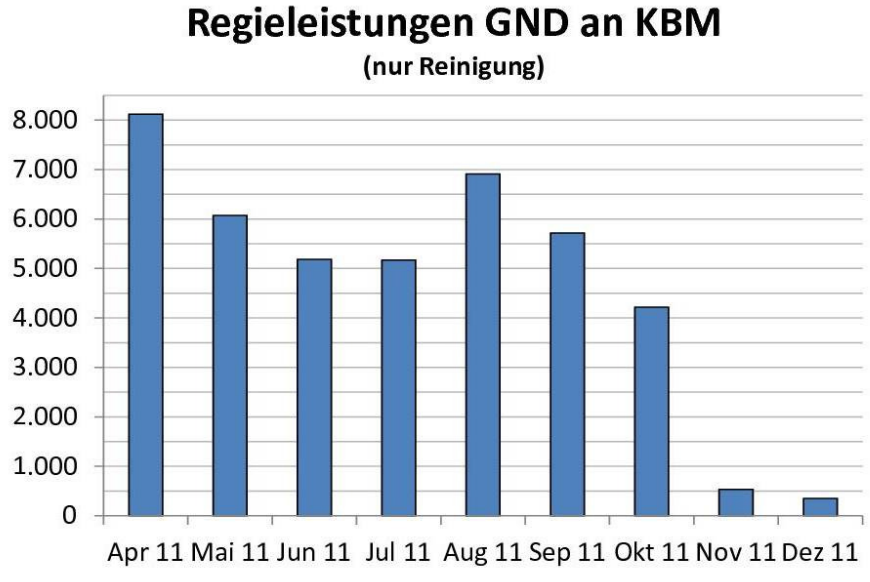
---

[242] Klar ist (auch angesichts der dafür veranschlagten Zeit), dass die Rohrpost selbst (also die Führungsrohre) sich gar nicht reinigen lässt, sondern immer nur die „Bahnhöfe“, d.h. die Entnahmestellen.

[243] Dies hat nichts mit der Kinderklinik zu tun, sondern ist das Sozialpädiatrische Institut am KBM, siehe http://www.gesundheitnord.de/sozialpaediatrischesinstitut.html

[244] Eigene Grafik. Daten: Rechnungen GND an KBM: Regie, Band 211 bis 215. Regieleistungen in Euro (linke Achse).

Es zeigt sich jedoch das gleiche Bild. Die Regieleistungen „Reinigung, Versorgungsassistenz, Lager, Transport“, die vom KBM bei der GND angefordert wurden, vielen mit Beginn 2011 drastisch ab. Die reinen Regieleistungen Reinigung, die ab April 2011 ausgewiesen sind, fielen im Jahr 2011 kontinuierlich und sanken ab November 2011 nochmals drastisch.



[245]

Der Verzicht auf Regiestunden war direkte Politik der Geschäftsführung KBM. So findet sich in den Protokollen der Geschäftsführungssitzungen des KBM im Oktober 2011 folgende Ausführung:

> Anforderung von Regieleistungen der GND
>
> Herr Dr. Pfeiffer informiert, dass von der IPS (…) Regieleistungen angefordert werden. Frau Wendorff wird gebeten, dies über die Klinikpflegeleitung mit sofortiger Wirkung abstellen zu lassen. (…)
>
> Die Leistungsanforderungen von der IPS wurden eingestellt. Regieleistungen können nur noch mit Unterschrift von Dr. Pfeiffer angefordert werden. Die Gerätereinigung soll ab sofort durch FSJler erfolgen. (…)
>
> Frau Wendorff bestätigt, dass ab sofort die Gerätereinigung durch FSJler efolgt.[246]

Die Reinigungsleistungen am KBM wurden 2011 gegenüber 2010 und laufend in 2011 somit verringert. Bei gleichbleibenden Rechnungen nach Bereichsregister wurden die Regiestunden deutlich gekürzt.

Unterschiedliche Reinigungsleistungen Frauenklinik und Kinderklinik

Neben der laufenden Unterhaltsreinigung (UHR) und den Regiestunden existieren am KBM noch zwei weitere Reinigungsleistungen: Zusätzliche Reinigung für OP-Bereiche (einschließlich Kreißsaal) und zusätzliche Reinigungszeit durch „gestelltes Personal“.

---

[245] Eigene Grafik. Daten: Rechnungen GND an KBM, Regie, Band 216 bis 218

[246] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Beschluss Nr. 304, Protokoll vom 17.10.2011 / 14.11.2011 / 21.11.2011, Band 203, Fach 4, S. 59

Für OP-Bereiche genügt die laufende Unterhaltsreinigung nicht, sondern es muss nach jedem Eingriff und ggf. nach jeder Kontamination desinfizierend gereinigt werden. „Reinigung OP-Bereiche“ stellt eine, nach Bereichen untergliederte, eigene Kostenstelle dar, die von der GND zusätzlich monatlich pauschal in Rechnung gestellt wird. Dabei wird OP-Reinigung durch GND-Personal und durch gestelltes Personal getrennt aufgeführt, da der Kostensatz unterschiedlich ist. Gestelltes Personal ist am KBM hauptsächlich in der OP-Reinigung eingesetzt.

Im Vergleich der Frauenklinik (hier lag die Neonatologie) mit der Kinderklinik (hier liegt im Altbau die Intensivstation 4028 und im Neubau die Kinderchirurgie 3911) werden Unterschiede in der Reinigungssituation deutlich.

Monatliche Reinigungsleistungen (in €)	Frauenklinik	Kinderklinik
Unterhaltsreinigung (UHR)	Station 4027: 2.451,61	Station 4028: 2.455,32
OP-Bereiche		
Durch gestelltes Personal	3.197,85	5.710.45
Durch GND-Personal	1.517,69	2.661,12
UHR durch gestelltes Personal	0,00	6.070,56

[247]

Während die beiden Intensivstationen 4027 und 4028 hinsichtlich der laufenden UHR etwa gleich behandelt wurden, war die Kinderklinik hinsichtlich der OP-Reinigung besser ausgestattet als die Frauenklinik. **Außerdem verfügt die Kinderklinik noch über zusätzliche Unterhaltsreinigung durch gestelltes Personal, also eigene Reinigungskräfte. Dies war ein wesentlicher Unterschied zur Reinigungssituation in der Neonatologie.**

Wie aus den Regieanforderungen ersichtlich ist, wurden im Jahr 2010 von der Kinderklinik in nicht unerheblichem Maße zusätzliche Regiestunden angefordert und eingesetzt, vor allem im Bereich Versorgungsassistenz und Bettenaufbereitung, aber auch für zusätzliche Reinigungsleistungen. Dies war für die Neonatologie nicht der Fall. Von der Frauenklinik wurden entsprechende zusätzliche Regieleistungen ebenfalls angefordert und eingesetzt, aber für andere Stationen als die 4027.

Die Station 4028 war demnach gegenüber der Station 4027 nicht nur bei der Ausstattung mit Pflegepersonal erheblich bessergestellt gewesen, sondern auch bei der Ausstattung mit Reinigungspersonal. Dies ist ein wesentlicher Befund angesichts der Tatsache, dass sich das Ausbruchsgeschehen ganz überwiegend auf die Station 4027 konzentrierte.

> „Zeuge Dr. Eckmanns: Es war noch die Station 4028 betroffen, und zwar hauptsächlich deswegen, weil auch Kinder, die positiv waren, immer wieder dorthin gelegt wurden. Die Station 4028 ist die Intensivstation, die auch neonatologische Kinder betreut. Dort lagen auch einige Kinder, aber wenn wir uns das ganze Geschehen angeschaut haben, kam es wahrscheinlich auf der Station 4027 zu den meisten Übertragungen. Es lagen dann, glaube ich, auch ein- oder zweimal noch Kinder auf anderen Stationen, sodass wir

[247] Eigene Zusammenstellung, Daten: Rechnungen GND an KBM, Regie, Band 214-218

deswegen auch der gesamten Kinderklinik gesagt haben, dass das ständige Screening dort ablaufen sollte. 90 oder 95 Prozent des Geschehens fanden aber auf den Stationen 4027 und 4028 statt, und davon noch einmal bestimmt 80 Prozent auf der Station 4027. Die Station 4028 war vor allen Dingen deswegen involviert, weil auch dort Kinder betreut wurden.“[248]

Reinigungshäufigkeit

Während die Personalvertreter im KBR und in der Anhörung wiederholt die Reinigungszeiten und die Reinigungsgeschwindigkeit thematisierten, richtet sich die subjektive Wahrnehmung der Ärzte vorrangig auf die Frage der Reinigungshäufigkeit, d.h. wie oft gereinigt wird.

„Wichtig ist, wir haben unsere Hygienepläne insofern geändert, als wir die Reinigungsfrequenz auf den Stationen wesentlich erhöht haben. Ob das jetzt wichtig war, es war zumindest beruhigend!“[249]

„Dann muss man sich auf Intensivstationen natürlich auch fragen - -. Wir haben bei uns generell auf Intensivstationen immer noch die zweimalige desinfizierende Reinigung am Tag, das ist ja hier in Bremen offensichtlich nicht Stand gewesen, jedenfalls geht das für mich indirekt aus einer Frage hervor, dass man irgendwie mit dem Reinigungsdienst gesprochen habe, dass man auf zweimal gehen sollte, das war irgendwann im Herbst, glaube ich.“[250]

„Wie häufig sie den Lappen wechselt, kann ich ehrlich gesagt nicht sagen. Ich weiß, dass sie zweimal am Tag eine komplette Wischdesinfektion auf der Station gemacht hat, das heißt, die Böden gewischt hat und das Ganze quasi mit dem dafür vorgeschriebenen Wischdesinfektionsmittel, und das eben regelmäßig durchgeführt hat.“[251]

Die **irreführende Reduzierung der Reinigungsleistung auf die Frage, wie oft gereinigt wird**, findet sich durchgehend.

„Frau Grape belegt, dass Reinigungsfrequenzen im KBM sowohl im Intensiv- wie im Normalpflegebereich nach der vertraglichen Form deutlich über dem Niveau der anderen GeNo-Krankenhäuser liegen.“[252]

„Reinigungshäufigkeit auf der Intensivstation. Anfrage an Frau Grape, ob es möglich ist die Reinigungshäufigkeit von 1x pro Tag auf 2x pro Tag zu erhöhen.“[253]

„Reinigungshäufigkeit (…) lt. Frau Grape fand auf der 4027 eine 2malige Reinigung der großen Patientenzimmer plus Toiletten statt. Evtl. wurden die Stunden in die vormittägliche Reinigung integriert. Wird durch Frau Grape überprüft. 4028 auch hier fand keine Reduzierung statt, heißt 2x pro Tag.“[254]

Unter dem Gesichtspunkt der Reinigungssicherheit liegt hier ein Problem. Wenn auf der einen Seite die Reinigungsgeschwindigkeiten erhöht und die Reinigungszeiten verkürzt werden und auf der anderen Seite der Bedarf vor allem nach höheren Reinigungsfrequenzen

[248] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2087
[249] Laux, Protokoll der öffentlichen Anhörung 16-2189
[250] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4733
[251] Körner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 9-1077
[252] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 1, 28.03.2011, Band 205, Fach 2, S. 1
[253][253] Protokoll Gesprächsrunde Eltern-Kind-Zentrum am 17.11.2011, Band 9, S. 84 B
[254] Protokoll Gesprächsrunde Eltern-Kind-Zentrum am 21.11.2011, Band 9, S. 84 F

artikuliert wird, dann läuft dies darauf hinaus, **dass zwar öfter, aber gleichzeitig immer schlechter gereinigt wird. Hygienisch ist dies eine äußerst problematische Situation,** denn sie beschleunigt die Evolution der Bakterien und damit deren Anpassung an die Klinikbedingungen.

> „Wofür wir 30 000 Jahre brauchen, brauchen die Erreger ohne Antibiotikagabe 16 Tage. Dann haben sie genauso viel Evolution gemacht wie wir in 30 000 Jahren, und unter Antibiotika machen sie es an einem Tag.“[255]

Dies gilt nicht nur für Antibiotika, sondern auch für Desinfektionsmittel. Jede Einwirkung, die nicht vollständig erfolgreich ist im Sinne einer Vernichtung der gesamten Erregerpopulation, beschleunigt deren Evolution: Die widerstandsfähigeren Exemplare bleiben übrig und haben desto mehr Platz, sich zu vermehren.[256]

> “The concept is easy to understand. If a product doesn’t kill all the germs, it’s the susceptible ones that get killed first, leaving the hardier ones behind. These can multiply and eventually outnumber the susceptible bugs.“[257]

Wer öfter, aber schlechter reinigt, erhält unter Umständen ein optisch besseres, aber hygienisch erheblich schlechteres Ergebnis als der, der seltener, aber dann durchgreifend reinigt. Eine Erhöhung der Reinigungsfrequenzen, gerade im Krisenfall, macht daher nur dann Sinn, wenn sie auch mit einer entsprechenden Erhöhung der Reinigungszeiten einhergeht und nicht dazu führt, eine fixe Reinigungsleistung dünner zu verteilen.

2.5. Qualitätsverschlechterung durch Auslagerung

Die Auslagerung der Reinigung am KBM begann früher als in allen anderen GeNo-Häusern. Bereits 2002 wurde die **Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH (KSG)** gegründet.

> „Die Servicegesellschaft zwischen dem Klinikum Bremen-Mitte und der Deutschen R+S Dienstleistungen besteht seit Februar 2002. Zu Gründungszeiten hieß die Klinik noch ‚Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße‘. Angefangen wurde mit Teilbereichen. Seitdem ist die Servicegesellschaft ständig gewachsen. Seit dem 1.4.2004 ist das gesamte Gelände in der Regie der Servicegesellschaft. Die Leistungen erstrecken sich von der Unterhaltsreinigung der Gebäude, den OPs und Stationen über die Dienstleistungen in der Küche, Spüldienste, Hol- und Bringedienste bis hin zur Außenflächenreinigung.“[258]

Vorangegangen waren Auftragsverhältnisse zum Klinikum Bremen-Nord.

---

[255] Friedrich, Protokoll der öffentlichen Anhörung 21-2970

[256] Desinfektionsmittel können Bakterien abhärten, http://www.scienceticker.info/2009/12/28/desinfektionsmittel-koennen-bakterien-abhaerten; Philip Dickey: Antimicrobial Products: Who Needs Them? http://watoxics.org/healthy-living/healthy-homes-gardens-1/factsheets/antimicrobials; Laland/Boogert: Niche contruction, co-evolution and biodiversity, 2008, abstract unter: http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/niche-construction-co-evolution-and-biodiversity-43GPdOxylX.

[257] Philip Dickey: Antimicrobial Products: Who Needs Them?, a.a.O. (“Die Sache ist einfach. Wenn ein Produkt nicht alle Bakterien tötet, dann sind es die dafür empfindlichen die zuerst getötet werden, während die Zählebigen übrigbleiben. Diese können sich vermehren und letztendlich die Empfindlichen zahlenmäßig überrunden.“)

[258] First Service, Newsletter für die Kunden der Deutschen R+S Dienstleistungen, Nr. 13, 1. Ausgabe 2004, S. 3

> „Als 1974 die Arbeit für das Zentralkrankenhaus Bremen Nord und das Rote Kreuz Krankenhaus in Bremen begann, wurden zwei Steine losgetreten: Es ist der Beginn der Klinikdienstleistungen bei der Deutschen R+S und damit eigentlich der Anfang der Niederlassung in Bremen.“[259]

Inzwischen bietet die R+S sogar Leistungen im Bereich Hygienemanagement und Interventionsprävention an, von Hygienevisiten und der Erstellung von Hygieneplänen bis zum Ausbruchsmanagement und der Erfassung nosokomialer Infektionen.[260] Dies wurde von der GeNo bislang jedoch nicht in Anspruch genommen.

Die GeNo bezieht jedoch von der GND nicht nur Reinigungsleistungen. Wie in der zitierten Selbstdarstellung der KSG genannt, werden vom KBM bei der GND auch Transportdienste, Küchendienste etc. angefordert. Die GND stellt auch Aushilfspersonal, das auf den Stationen tätig ist, etwa bei der Essensausgabe oder bei Hilfstätigkeiten im pflegerischen Bereich. Diese sogenannte „Versorgungsassistenz“ wird vom KBM in erheblichem Umfang regelmäßig eingesetzt. So heißt es in den Protokollen der Geschäftsführung KBM:

> „Herr Dr. Pfeiffer geht auf die noch zu klärenden/ verhandelnden Bereiche ein:
> - Speisenversorgung: die Rolle der Kräfte zur Inhausbewirtung ist zu klären,
> - Versorgungsassistenz: die Anforderung sind 2-4 Stunden pro Station an 5 Tagen/Woche,
> - Informationszentralen/ Telefonzentrale/ Empfang“[261]

Aufgrund der schlechteren Bezahlung der GND-Beschäftigten gegenüber dem KBM-Personal setzte das KBM in diesen Bereichen auf Einsparungen durch Auslagerung, Dequalifizierung und Lohnsenkung.

Qualitätskontrolle der Reinigung

Umgekehrt wurde die gleichfalls im Vertrag festgelegte Aufgabe:

> „Durchführung und Dokumentation mikrobiologischer Untersuchungen zur Kontrolle der Arbeitsergebnisse der Leistungsverträge“[262]

von der R+S nicht ausgeübt, sondern wiederum an das Hygieneinstitut des KBM zurückdelegiert:

> „Mit dieser Durchführung hat R+S das Hygieneinstitut Mitte beauftragt, wo Herr Dr. Kappler seinerzeit der Hygieniker war, beziehungsweise diese wurden im Rahmen der normalen Abklatschuntersuchung auch mitgemacht. Die Ergebnisse würden dann, wenn es relevante Auffälligkeiten gäbe, vonseiten des Hygieneinstituts mit Herrn Tiemann kommuniziert werden.“[263]

In den Unterlagen des Hygieneinstituts fanden sich jedoch keinerlei Untersuchungsprotokolle, die direkt an die GND oder die R+S adressiert gewesen wären. Die mikrobiologische Kontrolle der Reinigung durch das Hygieneinstitut fand demnach ausschließlich im Rahmen der allgemeinen Umgebungsuntersuchungen statt. Die

[259] First Service, Nr. 8, August 2001, S. 2
[260] First Service, Nr. 21, 1. Ausgabe 2008, S. 5
[261] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Beschluss Nr. 288 vom 10.10.2011 und 14.11.2011, Band 203, Fach 4, S. 55
[262] Band 202, S. 17
[263] Judith Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 26-3777

Qualitätskontrolle durch die R+S beschränkte sich auf reine Sichtkontrollen, für die ein dilettantisches und herabwürdigendes Schulnotensystem eingeführt wurde.

> „Dann wird eine visuelle Begehung eines Raumes zum Beispiel gemacht und dann bewerten wir nach dem Schulnotensystem die Reinigungsqualität in den einzelnen Räumen.“[264]

> „Es ist festgelegt, dass ab einer Note 4 im Schulnotensystem, also 4 oder schlechter, eine Nachreinigung zu erfolgen hat.“[265]

Dass es sich beim Personalmanagement durch die R+S nicht um eine moderne Mitarbeiterführung handelt, kommt auch in der Darstellung des Betriebsratsvorsitzenden zum Ausdruck:

> „Die Mitarbeiter sind durch die Bank weg gestresst, verängstigt, das macht sich auch ganz klar in den Krankenständen bemerkbar.“[266]

Vergütung der Managementleistung der R+S

Laut Managementvertrag bestand die Vergütung der R+S aus drei Bestandteilen: einem **Fixbetrag**, einer **umsatzabhängigen Vergütung** sowie einer **ergebnisorientierten Vergütung**. Durch Festlegung eines Mindestumsatzes als Berechnungsgrundlage im Vertrag wurde eine Mindestvergütung von jährlich etwas über 500.000 Euro festgelegt.[267]

Die ergebnisorientierte Vergütung verweist auf gesondert zu definierende Ziele; diese „sollen sich dabei zu 35 % an Qualitätsmerkmalen und zu 65 % an der Wirtschaftlichkeitsplanung orientieren.“[268] Die Priorität lag also klar darauf, dass die R+S dafür belohnt wurde, den Wirtschaftsplan einzuhalten, sprich mit dem ihr zugewiesenen Budget auszukommen.

Insgesamt wurde durch die Auslagerung eine Qualitätsverschlechterung der Reinigung bewirkt. Zum einen hatte die GeNo bzw. die einzelnen Kliniken keine Kontrolle über die Reinigungsleistungen mehr, während die R+S per Vertrag darauf orientiert wurde, im Zweifelsfall die Einhaltung des Budgets über die Qualität der Reinigung zu stellen. Die Reinigung war endgültig nicht mehr in die Stationen und Kliniken integriert, sondern operierte als getrennter Dienstleister, dessen Personal nicht in das Stationsteam integriert war. Allein das Schulnotensystem demonstriert, dass von den Reinigungskräften kein verantwortliches Mitdenken mehr gefordert wurde, sondern bloßes Ausführen von Vorgaben. Die schlechtere Bezahlung der GND-Kräfte brachte häufigen Personalwechsel ebenso mit sich wie eine Personalzusammensetzung mit hohem Migrationsanteil, ohne dass für die entstehenden Sprachprobleme eine befriedigende Lösung gefunden wurde.

Zum anderen wurde die Auslagerung umgehend dazu benutzt, die Reinigungsgeschwindigkeit zu erhöhen und damit die Reinigungsleistung zu verschlechtern. Wie oben beschrieben, lagen die Zeitvorgaben von R+S erheblich unter denen, die zuvor in den Kliniken üblich waren. Ab dem Zeitpunkt ihrer „Anwendung“ im Herbst 2009 wurde die Reinigung damit schlechter, ebenso wie sie sich nochmals durch eine Kürzung der Zeiten im Herbst 2011 verschlechterte.

---

[264] Dennis Niehoff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4264
[265] Dennis Niehoff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4265
[266] Thomas Fischer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 11-1328
[267] Band 202, S. 20
[268] Band 202, S. 20

Zum Dritten operierte die R+S aus Budgetgründen ohne Ausfallkonzept. Wie der Vergleich der Schichten mit dem Bereichsregister oben zeigt, wurde krankheitsbedingter Ausfall als quasi natürliche Kürzung der Reinigungszeiten eingeplant.

Für die 4027 lässt sich keine Kürzung der Reinigungszeiten im Herbst 2011 feststellen. Umgekehrt ist trotz der Krisensituation, die spätestens ab Anfang September 2011 offensichtlich war, die Reinigungsleistung nicht erhöht worden, weder in der Frauenklinik noch in der Kinderklinik. Die Station 4028 befand sich dadurch, dass die Kinderklinik noch zusätzlich über gestelltes Personal verfügte, reinigungstechnisch in einer besseren Situation.

2.6. Mögliche Fehler bei der Konzentration des Desinfektionsmittels

Eine mögliche Fehlerquelle stellt die falsche Konzentration des Desinfektionsmittels dar. Aus dem Keimausbruch in Gießen ist bekannt, dass eine Konzentration von Microbac Forte 0,25% nicht ausreicht, um Klebsiellen zuverlässig abzutöten. Die zu geringe Konzentration ist damals als wesentliche Ursache des Keimausbruchs identifiziert worden.[269]
Im KBM werden zur Herstellung der Desinfektionslösung (sowohl für das Mehreimersystem als auch für die Desco-Wipes-Eimer) Desinfektions-Dosiergeräte benutzt, in der Regel sogenannte DG3-Geräte, teilweise auch noch die älteren DG1-Geräte. Auf der Etage der Station 4027 befanden sich drei Desinfektions-Dosiergeräte, in den Räumen 427, 455 und 435 (die auf der Karte markierten Räume).

> „Abg. Frau Bernhard: In welchem Raum stand das DG 3-Gerät der Frühgeborenenstation? Sie haben vorhin gesagt, es gäbe zwei auf dieser Station. Ich wüsste gern, wo die waren. Wir haben ja hier auch einen Raumplan bekommen.
>
> Zeuge Mitteneder: Einmal in der Entsorgung, in Raum 455, und in Raum 435, dem Waschmaschinenraum!“[270]

Technisch gesehen gehört nur der Raum 435 zur Station 4027, der Raum 455 gehört zur Station 10 und der Raum 427 zur Station 3. Aus dem Dienstplan ist jedoch ersichtlich, dass „Intensiv“ (die Neonatologie) und „Nebenräume Station 3“ in einer gemeinsamen Schicht zusammengefasst waren, d.h. die für die Schicht eingeteilte Reinigungskraft reinigte sowohl die Station 4027 als auch die angrenzenden Räume der Station 3.[271] Die Station 4027 wurde erst nach dem Öffentlichwerden des Ausbruchs baulich von der Station 3 abgetrennt, indem eine Zwischenwand eingezogen wurde.

Falsche Konzentration im Gerät Raum 427

Während die DG3-Geräte in Raum 435 und 455 in 2011 bereits korrekt auf 0,5% als Standardmischung eingestellt waren, galt dies nicht für das DG3-Gerät in 427.

> „[2011:] Raum 435, Waschmaschinenraum, 0,5 und 1,0 Prozent, also die erste Konzentration 0,5, die zweite 1,0 Prozent, Raum 455 erste Konzentration 0,5, zweite Konzentration 0,25 Prozent. Dann kommen wir zum Jahr 2012: Raum 455 0,5 die erste

[269] Ludwig Weber, Protokoll der öffentlichen Anhörung 24-3412 f.; Martin Exner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4164 ff.
[270] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3966
[271] Band 23 S. 514, S. 521 usw.

> Konzentration und 1,0 Prozent die zweite, und Raum 435, Waschmaschinenraum, die erste Konzentration 0,5 und die zweite 1,0 Prozent.“[272]
>
> „Abg. Frau Bernhard: Wenn Sie das mit Raum 427 bitte überprüfen könnten,
>
> Zeuge Mitteneder: Für 2011, 12. April, Station 3, Raum 427, Spüle, DG 3, Gerätenummer 2358, **erste Konzentration 0,25 Prozent**, zweite 0,5 Prozent! Raum 427, Station 3, ebenfalls DG 3, Gerät 2358, erste Konzentration 0,5 Prozent, zweite 1,0 Prozent!
>
> Vorsitzende: Also ist im Jahr 2012 die Konzentration heraufgesetzt worden?
>
> Zeuge Mitteneder: Ja, generell![273]

Dies wird auch belegt durch die Liste der DG3-Einstellungen, die dem Servicebericht der Firma Bode an die Haustechnik vom 12.04.2011 beigefügt ist. Auch hier ist für das Gerät in Raum 427 sowohl in der Sparte „vorher“ wie „nachher“ eingetragen: **0,25%**/0,5% (die Standardkonzentration wird als erste genannt).[274]

Entscheidend ist der Wert für die Standardeinstellung, da für die zweite Einstellung eigens eine Tastenkombination zur Umstellung gedrückt werden muss. Im Handbuch heißt es dazu:

> „Es sollte immer die am häufigsten gebrauchte Konzentration als Konzentration 1 eingestellt werden, da immer nur 1 Entnahme mit Konzentration 2 erfolgen kann. Danach wird automatisch auf Konzentration 1 zurückgeschaltet.“[275]

Die Normaleinstellung war also in 2011 in den Räumen 435 und 455 0,5%, in Raum 427 dagegen 0,25%.

Das bedeutet erstens: **Wenn eine Reinigungskraft ihre Schicht bei den Nebenräumen der Station 3 begonnen hätte, dort den Eimer am Desinfektions-Dosiergerät in Raum 427 aufgefüllt hätte und nach den Nebenräumen Station 3 ihre Tour in Station 4027 fortgesetzt hätte, hätte sie mit hoher Wahrscheinlichkeit eine zu geringe Dosierung benutzt, bei der Klebsiellen nicht ausreichend abgetötet werden.** Es bedeutet zweitens, dass in der Station 3 Frauenklinik routinemäßig mit einer zu geringen Konzentration gereinigt wurde.

Da es keine Aussagen der Reinigungskräfte gibt und der Ausschuss keine weiteren Anstrengungen unternahm, dieser Möglichkeit nachzugehen, konnte nicht weiter überprüft werden, ob der entsprechende Ablauf tatsächlich so stattgefunden hat. Die Wahrscheinlichkeit ist jedoch nicht gering, und es stellt einen schweren Fehler im Hygienemanagement dar, dass dieser Ablauf nicht unmöglich gemacht wurde.

Auch im Bericht des BZH nach den Begehungen am 23.11. und 24.11.2011 heißt es:

> „Bei den verwendeten Desinfektionsmitteln und ihren Konzentrationen ist eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung (vor allem bei den Konzentrationen) anzustreben, um Fehlerquellen durch falsche Konzentrationen oder suboptimale Präparatewahl zu reduzieren.“

Die widersprüchlichen Handlungsanweisungen würden sich auch „in unterschiedlichen Konzentrationsangaben auf den Desinfektionsmittelplänen auf der Interimsintensivstation

---

[272] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3968
[273] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3988
[274] Band 172, S. 128
[275] Handbuch DG3, Band 208, S. 125 ff.

und den tatsächlich verwendeten Konzentrationen sowie den Angaben im zentralen Desinfektionsmittelplan manifestieren“.[276]

> „Im Hygieneplan waren für unterschiedliche Bereiche, unterschiedliche Abteilungen, sehr unterschiedliche Desinfektionsmittel und Desinfektionsmittelkonzentrationen vorgesehen (…) Es ist vor allem dem Reinigungspersonal nicht immer klar, welche Konzentration man jetzt in dieser oder jener Situation nehmen muss. (…) Wir haben diese Angaben im Hygieneplan gefunden. Dort haben wir unterschiedliche Angaben gefunden, unterschiedlichste Konzentrationen. Es war zum Teil auch so, dass diesbezüglich die Angaben in den Hygieneplänen nicht mit dem übereingestimmt haben, was tatsächlich gemacht wurde. (…) dass wir uns die Desinfektionsmitteldosiergeräte angeschaut haben (…) wo das Desinfektionsmittel gemischt wird. Dort war eben die Konzentration anders als vorgesehen.“[277]

Alter der Geräte

Die Schutzfunktion, dass die Entnahme nur nach Eingabe eines persönlichen Codes erfolgen kann, wurde nicht genutzt.

> „Abg. Frau Bernhard: Im Handbuch steht auch, dass man die Geräte so einstellen kann, dass man zur Benutzung einen Personalcode verwenden muss. Ist das in dem Fall so gemacht worden?
>
> Zeuge Mitteneder: Nein! Ich könnte auch beim Nein bleiben, aber ich kann sagen, dass man Personalcodes eingeben kann, um die Entnahmemengen der Schwestern festzustellen, die dann einer Nummer zugeordnet werden. Das ist eigentlich der Hintergrund der ganzen Angelegenheit.“[278]

Das dem Ausschuss vom Zeugenanwalt übergebene, aus dem Internet kopierte Bedienungshandbuch des DG3-Geräts verweist auch auf die Möglichkeit, aus dem Betriebsdatenspeicher die Informationen über die letzten 700 Entnahmevorgänge auszudrucken.[279] Nachdem mehrere Zeugen immer wieder bestätigten, dass dies nicht gemacht worden sei, stellte sich schließlich heraus, dass es sich bei dem Dosiergerät auf der 435 um ein älteres Modell handelte, bei dem diese Möglichkeit nicht bestand, genau genommen ein 14 Jahre altes Gerät. Ein zu diesem Gerät passendes Handbuch ist am KBM nicht vorhanden.

Dies ist insofern von Bedeutung, als neuere Geräte, wie aus der Bedienungsanleitung ersichtlich und in der Anhörung erwähnt, an der Stelle, wo eine inwendige Biofilm-Bildung bei dem Gerät in Raum 435 festgestellt wurde, ein Metallrohr haben und keinen PVC-Schlauch mehr – was die Biofilm-Bildung und damit die Gefahr der Verkeimung deutlich reduziert. Am KBM wurden jedoch keine Geräte ausgetauscht, solange sie nicht vollständig defekt waren.

> „Abg. Frau Bernhard: Sie sagten vorhin, in dem Fall hätten wir das Baujahr 08/97, das einem ja jetzt nicht so ganz neu vorkommt. Da hätte ich gern eine Einschätzung von Ihnen, ob Sie sagen, eigentlich wäre es gut, denn es gibt inzwischen aktuelleres, dass man dort wählen könnte, vielleicht etwas einfacheres, besseres oder so. Wie ist Ihre

[276] Band 22, S. 12
[277] Patrick Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-545 ff.
[278] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3967
[279] Handbuch DG3, Band 208, S. 125 ff.

> Einschätzung auch als Medizintechniker in einem Krankenhaus dazu? Sagen Sie, wenn ich könnte, würde ich XY nehmen?
>
> Zeuge Mitteneder: Eine artverwandte Frage hatten wir vorhin schon einmal, und solange das Gerät, wie gesagt, kein wirtschaftlicher Totalschaden ist und den Anforderungen genügt, werden wir es weiterverwenden.“[280]

Die jährliche Wartung der DG3-Geräte auf der Station erfolgte im April 2011 und am 20.Februar 2012. Allerdings hatte es im Jahr 2010 am KBM auch Dosiergeräte mit überschrittenen Wartungsintervallen gegeben. Im Zertifizierungsbericht vom Februar 2011 ist erwähnt:

> „In den visitierten Bereichen war bei mehreren Dosieranlagen zur Herstellung von Desinfektionslösungen das Wartungsintervall überschritten.“[281]

Welche Bereiche das waren, ist dem Ausschuss nicht bekannt.

[280] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3969
[281] Band 10, S. 311

3. Mangelhaftes Hygienemanagement

3.1. Zutreffende Feststellungen des Mehrheitsberichts

Den Feststellungen des Mehrheitsberichts zum Hygienemanagement und zum Ausbruchsmanagement wird grundsätzlich gefolgt:

- Die **Dokumentation von Keimbefunden** auf der Station war unvollständig. Dadurch wurde das Erkennen von Zusammenhängen erschwert. Konkret trug die fehlende Dokumentation wesentlich dazu bei, dass das Auftreten des Keims im April, Mai, Juni und Juli 2011 nicht als Ausbruch wahrgenommen wurde, keine entsprechenden Maßnahmen ergriffen und der Ausbruch nicht ans Gesundheitsamt gemeldet wurde. Diese Meldung hätte spätestens zum 9. August 2011 erfolgen müssen.
- Ein **Patientenscreening**, d.h. eine regelmäßige Untersuchung von Patienten auf Krankheitserreger auch ohne Infektionsanzeichen, erfolgte erst ab dem 25.10.2011. Dies trug dazu bei, dass Besiedlungen mit dem Ausbruchserreger nicht bemerkt wurden. Dadurch wurde der Ausbruch lange Zeit nicht entdeckt. Für ein Routinescreening außerhalb von Ausbruchssituationen gibt es keine Empfehlung der Fachgesellschaften oder der KRINKO. Für die Entdeckung und Bekämpfung des Ausbruchs am KBM wäre ein solches Routinescreening jedoch von großem Nutzen gewesen.
- Die **Patienten- und Pflegedokumentation** verzeichnete nicht, in welchem Bett der Patient wann lag, auf der Station 4027 nicht einmal in welchem Zimmer. Dadurch werden die Rekonstruktion von Übertragungswegen und die Ursachenanalyse bei Ausbrüchen erheblich erschwert.
- Die **ärztliche Geschäftsführerin** war Verantwortliche für den Bereich Hygiene, übte die ärztliche Geschäftsführung aber nur ehrenamtlich neben ihren sonstigen medizinischen Verpflichtungen aus. In der Praxis des KBM war die Verantwortung für Hygiene an den stellvertretenden ärztlichen Geschäftsführer, den Leiter der Kinderklinik und Neonatologie, delegiert. Dies ändert nichts an der Verantwortung der ärztlichen Geschäftsführung, bei der laut Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des KBM auch die „Sicherstellung der ordnungsgemäßen ärztlichen Dokumentation“ lag.[282]
- Die **Hygienekommission**, die seit September 2006 vom Leiter der Kinderklinik Huppertz geleitet wurde, erfüllte ihren Auftrag der Beratung und Unterstützung der ärztlichen Geschäftsführung in Hygienefragen nicht. Die Geschäftsführung nahm kaum an den Sitzungen teil, die Hygienekommission diente eher dem Austausch über Hygienefragen und der Klärung von punktuellen Einzelfällen.
- Die Anzahl der **Hygienefachkräfte (HFK)** entsprach nicht den Anforderungen der KRINKO.
- Die **hygienebeauftragten Ärzte** waren für diesen Teil ihrer Tätigkeit nicht von anderen Aufgaben freigestellt.
- **Hygienebeauftragte Pflegekräfte** gab es am KBM gar keine.[283]

[282] Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung, beschlossen von der Gesellschafterversammlung des KBM im August 2009, § 6 Nr. 2, Band 96, S. 23

[283] Zertifizierungsbericht, Band 10, S. 311: „Hygienebeauftragte Pflegekräfte sind nicht benannt.“

- Die Qualifikation des Krankenhaushygienikers entsprach nicht den Vorgaben des Bundesgesundheitsamts und später der KRINKO. Dasselbe galt für die stellvertretende ärztliche Leitung der Geburtshilfe.
- Eine Dokumentation des Antiobiotika-Verbrauchs erfolgte nicht. Diese ist seit dem 4.08.2011 durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes verpflichtend.

Bei den letzten beiden Punkten ist nicht zu ersehen, inwieweit sie zur Entstehung und zum Ausmaß des Ausbruchs beigetragen haben bzw. inwiefern eine korrekte formale Qualifikation und ein dokumentierter Antibiotika-Verbrauch die Infektionen und Todesfälle verhindert hätten. **Die mangelhafte Dokumentation der Keimbefunde und die personelle Unterausstattung im Hygienemanagement hatten dagegen unmittelbar Einfluss auf das Ausbruchsgeschehen.**

3.2. Fehlende Dokumentation von Keimbefunden

Bereits für die Jahre 2007 und 2008 ist dokumentiert, dass es Mängel bei der Dokumentation von Keimbefunden gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz gab.

> „Ordner § 23 – vorhanden - nicht auf dem aktuellen Stand (…) Befunde mit besonderen Resistenzen nach § 23 müssen von den Ärzten in Kopie zur fortlaufenden Dokumentation abgeheftet werden.“[284]

> „Befunde mit besonderen Resistenzen nach § 23 sind bis 2006 abgelegt. Die Befunde müssen weiterhin in Kopie zur fortlaufenden Dokumentation, auch für das Jahr 2007, von den Ärzten abgeheftet werden.“[285]

> „Ordner § 23 – Nicht auf dem aktuellen Stand. Die Befunde müssen von den Ärzten in Kopie zur fortlaufenden Dokumentation abgeheftet werden. Dies muss noch einmal mit den ärztlichen Kollegen besprochen werden.“[286]

> „Die Ablage der Befunde mit besonderen Resistenzen nach § 23 IfSG durch die Ärzte wird jetzt besser als letztes Jahr durchgeführt.“[287]

Für den Bereich der Neonatologie und der Kinderklinik ist die unzureichende Dokumentation ein Mangel, der auch 2007 und 2008 bereits existierte. Sie kann demnach nicht mit der unzureichenden Personalausstattung und allgemeinen Überlastung ab Frühjahr 2010 erklärt werden, sondern stellt einen langjährigen Schwachpunkt dar, der in den Verantwortungsbereich des Leiters der Kinderklinik fällt.

Dass es Probleme im Bereich der ärztlichen Dokumentation gab, war der Geschäftsführung und dem Aufsichtsrat durch den Zertifizierungsbericht vom Februar 2011 bekannt:

> „Strukturierte Aktenprüfung mit Schwerpunkt der ärztlichen oder pflegerischen Dokumentation wird nicht vorgenommen. Der Dokumentationsüberprüfung während der Visite durch die Chef- und Oberärzte liegt keine systematische Prüfmethode zugrunde.“[288]

---

[284] Protokoll der Hygienevisite vom 17.04.2007, Station 4028, Band 83, S 44 f.
[285] Überprüfung der beanstandeten Punkte der Hygienevisite vom 17.04.2007, 29.06.2007, Station 4028, Band 83, S. 41
[286] Hygienevisite Station 4028 vom 11.07.2008, Band 83, S. 32
[287] Protokoll der Hygienevisite vom 22.07.2009, Station 4028, Band 83, S. 26
[288] Zertifizierungsbericht vom Februar 2011, Band 10, S. 319

Hier wäre es Aufgabe der ärztlichen Geschäftsführung gewesen, dem nachzugehen. Dies hätte maßgeblich dazu beigetragen, den Ausbruch in der Neonatologie früher zu erkennen.

Ob die Geschäftsführung des KBM den Zertifizierungsbericht diskutiert hat, ist nicht feststellbar, da dem Ausschuss nur die Protokolle der Geschäftsführungssitzungen vom April bis November 2011 vorlagen. In diesem Zeitraum findet sich zum Zertifizierungsbericht lediglich der Beschluss:

> „Entgegen der ursprünglichen Planung beschließt die GF, vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Lage keine offizielle Feier der Rezertifizierung durchzuführen.“[289]

sowie Festlegungen, wo die Zertifikate aufgehängt werden sollen.

3.3. Unterlassene Meldungen

Beim gehäuften Auftreten von **Klebsiellen im Jahr 2005 auf der Neonatologie des KBM** handelte es sich um einen Ausbruch, der meldepflichtig gewesen wäre. Eine Meldung wurde jedoch unterlassen.

Eine Zusammenstellung für die Station 4027 listet zwischen Februar und Mai 2005 fünf Frühgeborene mit Klebsiellen-Nachweis auf, von denen 3 Kinder verstarben. Bei 2 der verstorbenen Kinder ist als Diagnose „Sepsis“ vermerkt[290], beide nicht verstorbenen Kinder hatten ebenfalls eine Sepsis.[291] In Muttermilchproben wurden „gehäuft“ Klebsiellen gefunden.[292] Am 28.02.2005, 11.03.2005 und 24.03.2005 fanden Umgebungsuntersuchungen auf der Station 4027 statt. Dabei wurden Klebsiellen an den Tasten eines Ultraschallgeräts, in Waschbecken und Badewanne, in einem tropfenden Wasserhahn und in mehreren Siphons gefunden (auch einem unbenutzten).[293] Zwei Reinigungs- und Desinfektionsgeräte auf Station 4027 (Raum 430) arbeiteten fehlerhaft.[294] Eine Umgebungsuntersuchung auf Station 4010 verlief negativ.[295]

Eine Gentypisierung kam am 15.04.2005 zu dem Ergebnis, dass es identische Fragmentmuster zwischen 2 Muttermilchproben und 1 Siphon (Raum 440) gab, ebenso zwischen 1 Muttermilchprobe, 1 Kind (Blutkultur), 2 Siphons (in 440 und 441) und 1 Waschbecken (440). „Epidemiologische Zusammenhänge innerhalb der Isolate mit identischem Fragmentmuster sind sehr wahrscheinlich.“[296]

Die Fälle wurden auch von der Klinik als in Zusammenhang stehend wahrgenommen, wie sich aus einem Schreiben des Oberarztes und der stellvertretenden Stationsleitung vom 23.05.2005 an die MitarbeiterInnen über ein angesetztes Personalscreening ergibt:

> „Im Bereich der Station 4027 ist es in den letzten Monaten wiederholt zu Klebsiella-Sepsis-Fällen gekommen, die zum Teil auch tödlich verlaufen sind. Gemeinsam mit den Hygienefachkräften wie auch dem Krankenhaushygieniker Dr. Holländer sind wir diesem schwerwiegenden Problem nachgegangen und haben vor Ort schon eine Reihe von

[289] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Beschluss 169, Protokoll vom 06.06.2011 / 20.06.2011 / 04.07.2011, Band 203, Fach 4, S. 24
[290] Band 106, S. 59
[291] Band 106, S. 59 und S. 5 (positive Probe aus Blutkultur)
[292] Band 106, S. 57
[293] Band 106, S. 46 ff., 50 ff., 30 ff.
[294] Prüfbericht vom 14.03.2005, Band 106, S. 44
[295] Band 106, S. 28 ff.
[296] Band 106, S. 6

> Verbesserungen durchgeführt. Dennoch ist es kürzlich zu einem neuen Klebsiella-Sepsis-Fall gekommen, ohne dass die Infektionswege bisher ausreichend bekannt sind.“[297]

Beim Personalscreening wurden in 2 Fällen Klebsiella pneumoniae, gefunden, die sich aber als nicht genidentisch mit den Patienten- und Umgebungsfunden erwiesen.[298] Nach dem Mai sind keine weiteren Klebsiella-Infektionen verzeichnet.

Beim Ausbruchsstamm handelte es sich Klebsiella pneumoniae. Im Bericht über die zweite Typisierung heißt es:

> „Die Stämme wurden nach laborüblichen Kriterien differenziert und als Klebsiella pneumoniae identifiziert“

darunter war auch 1 Probe von einem der verstorbenen Kinder.[299] Im ersten Typisierungsbericht ist zwar nur von „Klebsiella“ die Rede, aus den handschriftlichen Notizen dazu ergibt sich jedoch, dass es sich bei den genidentischen Funden um Klebsiella pneumoniae handelte.[300] Parallel gab es auch Nachweise von Klebsiella oxytoca.

Die Infektionen des Frühjahr 2005 stellten eindeutig einen Ausbruch dar. Es gab nicht nur „zwei oder mehr“ Fälle in räumlichem und zeitlichem Zusammenhang, sondern auch die Bestätigung, dass es sich um den identischen Erregerstamm handelte. Dennoch gab es keine Meldung an das Gesundheitsamt.

Dass es sich um keine ESBL-Bildner handelte, spielt für die Meldepflicht keine Rolle. Um Erreger mit besonderen Resistenzen dürfte es sich gehandelt haben, denn bei den erkrankten Kindern erfolgte eine Umstellung der Antibiose.

Der Krankenhaushygieniker bestritt im Januar 2012, dass es sich bei den Infektionen in 2005 um einen Ausbruch gehandelt hätte:

> „Übertragungen haben stattgefunden. Keine Zusammenhänge zwischen beiden Patienten-Isolaten sowie zu den beiden Mitarbeiter-Isolaten. Klebsiella-positive Mitarbeiter haben ihren eigenen Keim nicht übertragen. Ein Ausbruch im Sinne von zwei nosokomialen Infektionen mit einem genetisch identischen Erreger ist aus den Ergebnissen nicht abzuleiten.“[301]

Letzteres ist eindeutig **falsch**.

3.4. Ineffizienz des Hygienemanagements

Ob bessere personelle Kapazitäten im Hygienemanagement einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung der Infektionen und Todesfälle dargestellt hätten, ist nicht ohne Weiteres klar.

Einerseits engagierte sich die ärztliche Geschäftsführung unter den Bedingungen des Ausbruchs z.B. in der Frage der Reinigung. Dies deutet darauf hin, dass eine entsprechende Freistellung für die Aufgaben der ärztlichen Geschäftsführung auch früher dazu beigetragen hätte, Hygienemängel aufzudecken und zu thematisieren.

---

[297] Band 106, S. 16
[298] Band 106, S. 8
[299] Bericht über die Typisierung, Schreiben Holländer an Albrecht vom 25.07.2005, Band 106, S. 8
[300] Band 106, S. 5-14
[301] DNA-Typisierung von Klebsiella spp. 2005, Kappler 13.01.2012, Band 106, S. 2

Andererseits verhielten sich die Hygienestrukturen insgesamt in der Regel passiv und wenig treibend. Festgestellte Mängel wiederholten sich immer wieder, ohne dass sich etwas änderte. Entscheidende Hygienefragen wie die personelle Ausstattung in der Pflege oder die Kapazitäten und Qualität der Reinigung waren den Möglichkeiten der Hygienestrukturen entzogen, was von ihnen weitgehend verinnerlicht wurde.

4. Verfehltes Ausbruchsmanagement

4.1. Sinn und Aufgabe des Ausbruchsmanagements

Im Mehrheitsbericht sind die Vorgaben der KRINKO zum Ausbruchsmanagement ausführlich widergegeben. Sinn und Aufgabe des Ausbruchsmanagements ist ein koordiniertes und konzentriertes Vorgehen, um die Weiterverbreitung des Ausbruchs zu **stoppen**, bislang nicht betroffene Patienten zu **schützen**, die Ursachen des Ausbruchs **aufzuklären** und Maßnahmen einzuleiten, die den Ausbruch **beenden**. Das Versammeln des entsprechenden krankenhaushygienischen Sachverstands, direkte Umsetzungskompetenzen, vertiefte Untersuchungen, eine kontinuierliche Ursachendiskussion, die Festlegung zukünftiger Präventionsmaßnahmen und eine abschließende Dokumentation sind notwendig.[302]

Die KRINKO-Empfehlungen zum Ausbruchsmanagement, 10 bzw. 11 Jahre alt, sind jedoch dringend **überarbeitungsbedürftig** und halten mit den Ausbruchserfahrungen der letzten Jahre nicht Schritt. Bei den Ausbrüchen auf neonatologischen Intensivstationen der letzten Jahre ist nur in Ausnahmefällen eine kontinuierlich aktive Quelle gefunden wurden, von der die Infektionen ausgingen und durch deren Beseitigung der Ausbruch beendet werden konnte.

> „Es ist irgendwo einmal der Vergleich zum Beispiel mit Mainz gezogen worden, was damals ein sehr auffälliges oder sehr viel diskutiertes Ereignis in Deutschland war, wo man aber schon die schöne Situation hatte, dass eine ganz klare Quelle gefunden wurde. Man muss aber ganz klar wissen, derartige Ursachen oder Quellen findet man in den allerallerwenigsten Fällen. Man muss einfach auch sagen, da ist die Industrie mittlerweile relativ gut, sodass so etwas nicht vorkommt.“[303]

Diese „schöne Situation“ wird aber in den Empfehlungen der KRINKO zum Ausbruchsmanagement als der Normalfall zugrundelegt, indem sie die Ursachenermittlung mit dem Finden einer Quelle praktisch gleichsetzt:

> „Schritt 6: Ermittlung der Infektionsquelle (Ursachenfindung)“[304]

In den Anhörungen wurde deutlich, dass die häufig vorgetragene Feststellung, eine Quelle werde in den meisten Fällen nicht gefunden, von den Verantwortlichen gern damit gleichgesetzt wird, man könne keine Ursachen feststellen. Die Entscheidungsträger in Kliniken und Politik sehen sich damit **aus der Verantwortung genommen**, weil strukturelle Ursachen aus dem Blick genommen werden.

Zu dieser Verengung des Ursachenbegriffs und der Fixierung auf Elemente des klassischen Seuchenwesens trägt die Empfehlung der KRINKO insofern mit bei. Die im heutigen Krankenhauswesen **typischen Risikofaktoren** für Übertragung und Reservoirbildung (Personalausstattung, Reinigung) bleiben dabei außen vor, ebenso die spezifischen Risiken der bakteriellen Evolution und Ko-Evolution.

---

[302] KRINKO-Empfehlung: Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen, Bundesgesundheitsblatt 2002, http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/224zmIJDxq2A.pdf; KRINKO: Empfehlungen zu Untersuchungen von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen, 2001, http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/24mcvjjwBmM.pdf

[303] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2045 f.

[304] Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen, 2002, S. 183

4.2. Krisenstab und Umsetzungsrunde

Nach Öffentlichwerden des Keimausbruchs tagten am KBM der sogenannte „Krisenstab“ unter Leitung der GeNo-Geschäftsführung und die sogenannte „Umsetzungsrunde“, zu der noch drei Termine in gleicher Besetzung unter dem Titel „Fachgespräch“ hinzuzurechnen sind.

Neben „Krisenstab“ und „Umsetzungsrunde“ tagte ferner noch ein Gesprächskreis unter Leitung der Klinikpflegeleitung des Eltern-Kind-Zentrums, an dem hauptsächlich die Stationspflegeleitungen der 4027 und 4028 teilnahmen sowie unregelmäßig und in wechselnder Zusammensetzung einzelne Ärzte, die Betriebsratsvertreterin und die Hygienefachkräfte (HFK). Hierzu lagen dem Ausschuss Protokolle von Sitzungen zwischen dem 6.11.2011 und dem 18.11.2011 vor.[305] In der Präsentation der GeNo-Geschäftsführung für den Aufsichtsrat wird dieser Kreis als „Umsetzungsrunde intern (PGF, ärztliche und pflegerische Mitarbeiter)“ bezeichnet, im Unterschied zur „Umsetzungsrunde extern (ÄGF, Behörde, Gesundheitsamt)“ und zum „Krisenstab (GF GeNo, GF KBM, SB Personal & Recht, SB Unternehmenskommunikation)“.[306] In der Praxis nannte sich aber nur die „Umsetzungsrunde extern“ schlicht „Umsetzungsrunde“.

Der Feststellung des Mehrheitsberichts, dass der „**Krisenstab**“ **kein Ausbruchsmanagement-Team** im Sinne der KRINKO-Richtlinie darstellte, wird gefolgt. Dies kam bereits in der Aufgabenbestimmung zum Ausdruck, die für den Krisenstab von der GeNo-GF vorgelegt wurde:

> „Aufgaben des Krisenstabs
>
> Gewährleistung einheitlicher Information
> Situationsanalyse und –bewertung
> Externe Kommunikationsstrategie
> Interne Kommunikationsstrategie
> Identifikation der wichtigsten Handlungsfelder (…)
>
> Derzeit anstehende Themen:
> Vorgehen im Krisenstab
> Kommunikation mit der Presse, insbesondere mit (…)
> Kommunikation mit Behörden, Staatsanwaltschaft, den betroffenen Eltern (…)
> Kommunikation nach intern (…)
> Beratung in Rechtsangelegenheiten (..)
> RKI
> Externe Unterstützung (Reputation Management)“[307]

Entsprechend der von der GeNo-GF definierten „Aufgaben“ beschäftigte sich der Krisenstab in seinen ersten 8 Sitzungen tatsächlich vorwiegend mit Rechtsfragen, dem Personalscreening und der Medienarbeit. Die Frage der Anerkennung des Krankenhaushygienikers, das Patientenscreening und die Einbindung externer Expertise nahmen ebenfalls breiteren Raum ein. Eine Ursachenanalyse fand im Krisenstab nicht statt.

---

[305] Band 9, S. 73 ff.
[306] Information der AR-Mitglieder über die Klebsiellen-Infektionen in der Neonatologischen Klinik, AR-Sitzung am 16.11.2011, Band 60, S. 210
[307] Band 9, S. 57 ff.

Themen des „Krisenstabs“	Sitzung Nr.								Summe
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Interner Datenaustausch („Laufwerk T“)	x		x	x	x	x	x	x	7
Rechtsfragen	x	x	x		x	x		x	6
Personalscreening	x	x	x		x	x			5
Medien/Öffentlichkeit	x	x	x					x	4
Patientenscreening	x	x					x	x	4
Anerkennung des KH-Hygienikers		x	x				x	x	4
Einbindung externer Expertise		x		x		x	x		4
Desinfektion der Station	x	x	x						3
Elternkommunikation		x	x				x		3
Patientenverlauf				x	x		x		3
Qualitätsdaten	x			x					2
Fallliste			x		x				2
Einbeziehung von Fällen			x				x		2
Ausbreitungsprävention			x			x			2
Nachweise Klebs. im KBM ges.				x		x			2
Wiedereröffnung						x	x		2
Umgebungsuntersuchungen			x						1
Personalbesetzung			x						1
Hybase (Dokumentationsprogramm)								x	1
Eigene Zusammenstellung. Quelle: Protokolle des Krisenstabs, Band 9, S. 61 ff. Anordnung der Themen nach Häufigkeit der Behandlung und nach dem Zeitpunkt der Erstthematisierung									

Aber auch die „**Umsetzungsrunde**“ stellte **kein Ausbruchsmanagementteam** im eigentlichen Sinn dar. Ein solches hätte sich vorrangig mit Sofortmaßnahmen zur Erhöhung der Hygienebarrieren und zum Patientenschutz, mit Ursachendiskussion, eigenen Untersuchungen zur Ursachenfeststellung und der Festlegung weiterer Präventionsmaßnahmen befassen müssen.

Themen der „Umsetzungsrunde“	Sitzung Nr.																					
	Fach-gespr.			Umsetzungsrunde																		
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Summe
Personalscreening	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x	x		19
Patientenscreening	x		x	x	x				x	x	x											x		8
Wiedereröffnung									x		x			x			x	x	x	x	x			8
Fallliste			x	x						x	x				x		x	x						7
Ausbreitungsprävention										x		x	x	x	x		x	x						7
Desinfektion der Station	x		x	x	x		x		x															6
Verlegung/Kohortierung	x	x	x					X											x					5
Medien/Öffentlichkeit						x						x				x				x		x		5
Ursachendiskussion			x							x	x	x												4
Einrechnung von Fällen				x												x						x		3
Andere Stationen					x						x			x										3
Geräte/Produkte	x								x															2
Anerkennung KH-Hygien.					x					x														2
Umgebungsuntersuch.													x				x							2
Patientenverlauf					x																			1
Eigene Zusammenstellung. Quelle: Protokolle der Umsetzungsrunde, Band 100, S. 1-50 Anordnung der Themen nach Häufigkeit der Behandlung und nach dem Zeitpunkt der Erstthematisierung																								

Stattdessen befasste sich die Umsetzungsrunde schwerpunktmäßig mit dem Personalscreening. Zur Wiedereröffnung der Station, die ebenfalls häufig Thema war, fand keine Risikoabschätzung statt. Die Maßnahmen zur Ausbreitungsprävention beschränkten sich auf die Diskussion um die Aufnahme von Risikoschwangeren und Empfehlungen für KiTas, in denen besiedelte Kinder betreut wurden. Die Ursachenanalyse erschöpfte sich in Nachfragen zum Wasserrohrbruch auf der Dermatologie im August 2010 und in der Diskussion, ob es bei Patienten mit gleichzeitiger E-coli- und Klebsiellen-Besiedelung zu einer Plasmidverschiebung gekommen sein könnte, d.h. zu einer Übertragung der Resistenz.

Was den **Krisenstab** betrifft, so war die Zielsetzung und Tätigkeit des Ausbruchsmanagements **primär auf die Begrenzung des medialen Schadens und eine möglichst schnelle Wiedereröffnung gerichtet**, nicht auf Aufklärung der Ursachen. Auch die Geschäftsführung des KBM beschrieb die Hauptaufgabe des Krisenstabs als Darstellung nach außen:

> „was die Aufgaben des Krisenstabs sind (…) da geht es weitflächig darum, die Informationen zu bündeln, dann auch die pressewirksamen Aktivitäten dort zu koordinieren und zu besprechen, welche Inhalte mit wem besprochen werden müssen, damit man auch fachlich dezidierte Informationen weitergibt beispielsweise.“[308]

Die Umsetzungsrunde dagegen verwaltete den Ausbruch, anstatt ihn aufzuklären – den Aufklärungsanspruch delegierte die Umsetzungsrunde komplett an externe Experten. Man ging vor, wie man es auch 2005 beim Klebsiellen-Ausbruch auf der Neonatologie getan hatte: **Ermahnungen zur Händehygiene und Personalscreening**. Die unausgesprochene Hoffnung war, dass der ‚Spuk‘ genauso wie damals einfach vorübergehen würde.

Alle Maßnahmen zur Erhöhung von Hygienebarrieren auf der 4027 wurden an Krisenstab und Umsetzungsrunde vorbei entschieden und von diesen nicht behandelt: Die Reduzierung der Bettenzahl auf 10 Betten, die angebliche Erhöhung der Reinigungszeit, die Einschränkung des Personalaustauschs zwischen 4027 und 4028. Wer diese **Entscheidungen** gefällt hat, ist aus den Unterlagen nicht eindeutig zu ersehen. Im Krisenstab und in der Umsetzungsrunde wurden sie nicht diskutiert, nicht bewertet, nicht kontrolliert. Weder Krisenstab noch Umsetzungsrunde haben z.B. die zurückliegenden Umgebungsuntersuchungen der betroffenen Stationen komplett zusammengezogen und analysiert, noch eine Bewertung der Personalausstattung vorgenommen, noch die Reinigungsleistung überprüft. Die Desinfektion der geräumten Station, eine zentrale Sicherheitsmaßnahme, wurde von beiden Gremien nicht begleitet und kontrolliert. Hypothesen für Ursachen wurden nicht formuliert, Bedingungen für die Wiedereröffnung nicht definiert.

Die Umsetzungsrunde löst sich, entgegen der Vorgabe der KRINKO-Empfehlung, im Januar ohne Abschlussbericht auf:

> „Es ist geplant, die Umsetzungsrunde im Januar langsam auslaufen zu lassen.“[309]

> „Von allen Teilnehmenden wird einvernehmlich festgestellt, dass die Arbeit der ‚Umsetzungsrunde‘ beendet ist. Das Ressort hatte sich bereits aus der Runde verabschiedet.“[310]

---

[308] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4143 f.
[309] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 23.12.2011, Band 100, S. 39
[310] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 17.01.2012, Band 100, S. 48

Ein qualifiziertes Ausbruchsmanagement fand somit weder im Krisenstab noch in der Umsetzungsrunde statt. Die Verantwortung dafür liegt bei der Krankenhausleitung und bei der Geschäftsführung der GeNo, die das Krisenmanagement federführend an sich gezogen hatte. Eine Mitverantwortung liegt allerdings bei allen TeilnehmerInnen beider Runden, insbesondere auch beim Gesundheitsamt, das von Anfang an bei der Umsetzungsrunde teilnahm und dem eine fachliche Aufsichtsfunktion für ein korrektes Ausbruchsmanagement zukam.

4.3. Unterlassenes Ausbruchsmanagement August/September 2011

Dem Mehrheitsbericht wird in der Auffassung gefolgt, dass spätestens am 8. August 2011 der Tatbestand des Ausbruchsverdachts gegeben war und eigentlich bereits hier, spätestens am 7. September 2011, allerspätestens am 17. Oktober nach Eintreffen der Gentypisierung ein Aufnahmestopp vom Klinikum hätte verhängt werden müssen.

Gleichzeitig hätte spätestens am 7. September 2011 auch ein Ausbruchsmanagementteam eingesetzt werden müssen. Dies ist geboten, sobald ein Ausbruchsverdacht besteht. Ein korrekt arbeitendes Ausbruchsmanagementteam hätte dann u.a. bereits die Aufgabe gehabt festzustellen, ob es möglicherweise schon vorher Fälle gegeben hatte, die aus dem Blick geraten waren, und es hätte sofort damit beginnen müssen, die Hygienebarrieren zu verstärken und Ursachenaufklärung zu betreiben. Das wäre ein wesentlicher Beitrag gewesen, frühzeitig die Dimension des Ausbruchs zu erkennen und mit hoher Wahrscheinlichkeit die Zahl der danach eingetretenen Infektionen zumindest zu verringern.

Die Verantwortung für die unterlassene Einsetzung eines Ausbruchsmanagementteams und den unterlassenen Aufnahmestopp liegt beim Leiter der Kinderklinik und Neonatologie und bei der Geschäftsführung des KBM, die am 12.09.2011 im Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM in Kenntnis gesetzt wurde:

> „Herr Prof. Huppertz informiert, dass es zu einem Ausbruch an Klebsiellen-Infektionen auf der Station 4027 gekommen ist. Das Gesundheitsamt wird am 13.09.2011 hierüber informiert.“[311]

4.4. Kohortierung im Krisenfall reicht nicht

Die Notwendigkeit eines Aufnahmestopps ergibt sich grundsätzlich aus der Vermeidung einer Patientengefährdung durch die Aufnahme auf einer Station mit einem nosokomialen Ausbruch. Sie ergab sich unter den spezifischen Bedingungen des KBM aber auch aus der Notwendigkeit, eine **Patientenisolierung** personell abzusichern. Denn das KBM hatte aufgrund des allgemeinen Personalabbaus kein pflegerisches Fachpersonal, das zur Verstärkung in Krisensituationen hätte eingesetzt werden können. Dies wäre aber notwendig gewesen, um einen angemessenen Patientenschutz zu gewährleisten.

„Kohortierung“ ist unter den Bedingungen eines Ausbruchsverdachts nicht ausreichend. Kohortierung bedeutet, dass infizierte oder besiedelte Patienten zusammen gelegt werden, ebenso werden in einer zweiten Kohorte Patienten zusammen gelegt, die mit den infizierten oder besiedelten Patienten zusammen gelegen hatten und bei denen damit ein Ansteckungsverdacht besteht. Die dritte Kohorte sind Patienten ohne Befall und ohne einen entsprechenden Verdacht auf möglichen Befall.

---

[311] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 85, 12.09.2011, Band 205, Fach 2, S. 15

Dies bedeutet aber, **dass alle Patienten in der zweiten Kohorte dem Risiko ausgesetzt werden, sich bei anderen Patienten anzustecken**, bei denen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen wird, dass sie Träger des Erregers sind. Ebenso bedeutet es, dass in der ersten Kohorte gegenseitige Mehrfachansteckungen möglich sind, die zur Evolution des Erregers beitragen.

Wie in den Überlastungsanzeigen aus Februar zu sehen ist, führte eine konsequente **Isolierung** der befallenen Patienten dagegen zu **gefährlich schlechten Betreuungsrelationen bei den nicht befallenen Patienten**. Im Normalfall ist eine Betreuung von 10 Patienten durch 5 anwesende Pflegekräfte als ausreichendes Betreuungsverhältnis anzusehen. Sind aber 3 Patienten besiedelt oder infiziert und werden diese isoliert und jeweils von einer einzelnen ihnen zugewiesenen Pflegekraft betreut, stehen für die anderen 7 Patienten nur 2 Pflegekräfte zur Verfügung, was ein gefährlich schlechtes Betreuungsverhältnis darstellt.

Genau solche Situationen wurden in den Überlastungsanzeigen aus der 4027 sowohl im Oktober 2011 als auch im Februar 2012 geschildert.

> „2 Kd. In Isolierung bei ESBL-Besiedlung – 1 Schwester. 1 Kd extremer Aufwand: Intub., 2 x Drainage, 4 x Röntgen, 1 x Kathederanalge. Versorgung von 21-3 Uhr kontinuierlich von einer Schwester.“[312]

> „Zimmerpflege, bei 3 Pat.Zimmern, davon 1 Isolationszimmer. Cito-Sectio bei reanimationspflichtigem Kd., 2 Pflegekräfte im Kreißsaal eingebunden, auf Station 2 Pflegekräfte bei 9 Kd. zuständig (davon 3 Kd. beatmet, instabil), kompl. Aufrüstung Bettplatz samt Beatmungsgerät. Versorgungsgeschehen Zugang: 1 Schwester zuständig (alleinig), Hinzuziehung 2er Oberärzte um Versorgung der anderen Pat. gewährleisten zu können (…)“[313]

Im Krisenfall muss daher aufgestockt werden – was zur Voraussetzung hat, dass man entweder aus dem vorhandenen Personalstamm noch zuzusetzen hat oder dass qualifiziertes Personal von anderen Stationen vorübergehend zugewiesen werden kann. Beides war am KBM jedoch nicht der Fall, weder im Herbst 2011 noch im Februar 2012.

4.5. Rolle des RKI

Nach Öffentlichwerden des Ausbruchs und der Meldung an das RKI war als erste externe Institution das RKI mit einem Team vor Ort tätig. Die VertreterInnen des RKI waren vom 2.11.2011 bis zum 8.11.2011 vor Ort, danach nur noch telefonisch und per Mail eingebunden.[314]

> „Wir sind da im Moment nicht weiter involviert. Wir haben eine Zeit lang einen sehr, sehr engen Kontakt zu Frau Wendorff gehabt. Wir haben fast täglich Mails ausgetauscht und wir haben die Dinge, die uns noch fehlten, über Frau Wendorff angefragt. Das ging dann irgendwann wieder ein bisschen dahin über, dass sie gesagt hat, dass wir teilweise die Sachen direkt über Herrn Dr. Schwalm und Herrn Dr. Selzer anfragen sollen, wenn es

[312] Überlastungsanzeige vom 25.10.2011, Station 4027, Band 161, S. 598
[313] Überlastungsanzeige vom 25.02.2012, Station 4027, Band 161, S. 589 f.
[314] RKI-Zwischenbericht, Band 16, S. 6

die Station unmittelbar betraf. In die weiteren Strukturen des Klinikums waren wir aber sonst nicht involviert.“[315]

Über welche Informationen das RKI verfügte, hing davon ab, welche Informationen ihm vom KBM übermittelt wurden. Die Informationsbasis des RKI war entsprechend lückenhaft.

„Das ist ein Befund, den ich eben hier nicht mit aufgeführt habe. Das ist ein sehr verwirrender Befund, den wir auch nie richtig mitbekommen haben. Den Flaschenwärmer auf der anderen Station habe ich eben bei den sieben nicht mit aufgeführt. Der ist uns auch tatsächlich so nicht übermittelt worden.“[316]

„Ich habe nicht alle diese Prüfprotokolle, die Sie hier anführen. Wir wurden damals, als die Station wiedereröffnet wurde, nicht hinzugezogen.“[317]

„Dazu [zum Reinigungsgutachten] muss ich klar sagen, dass ich auch diese Informationen nur aus der Presse habe. Es ist tatsächlich nicht ein Thema, mit dem wir uns direkt beschäftigen. Wir haben damals schon sehr früh zu Kenntnis genommen, dass vonseiten des Hygieneinstituts Freiburg ein Audit stattfindet und haben es auch ursprünglich nicht als unseren Auftrag angesehen. Es wurde auch nie so als Auftrag formuliert, dass wir uns um diese Seite vermehrt kümmern. Dementsprechend ist das nicht ein Hauptaugenmerk von unserer Seite. Wir nehmen das zur Kenntnis.“[318]

Diese Stelle ist insofern bemerkenswert, als das Selbstverständnis des RKI hier etwas unklar erscheint. Das RKI handelt ja nicht im Auftrag der Klinik oder der Landesbehörde, sondern – als Bundesbehörde – in eigenem Auftrag. Dabei dürfte die Reinigung nicht ausgespart sein.

Die Tätigkeit des RKI kann die Tätigkeit des Ausbruchsmanagement-Teams an der Klinik nicht ersetzen. Die Einbindung des RKI hatte eine positive Funktion hinsichtlich des eingebrachten externen Sachverstands. Maßnahmen zur Ursachenaufklärung können aber durch das RKI selbst gar nicht vorangetrieben werden, da dieses im Wesentlichen darauf angewiesen ist, Daten zu analysieren. Eigene vertiefte Untersuchungen können nur von einem Ausbruchsmanagementteam vor Ort kommen.

„Wir haben die Befunde von der Mikrobiologie bekommen, wie viele positive Kinder es in dem Zeitraum gegeben hatte - es waren ausgesprochen wenige -, aber diese Stämme waren nicht mehr da. Wenn Sie meinen, ob wir tatsächlich in dieses Labor gegangen sind und nach dem Keim geschaut haben, also in den Kühlschrank noch einmal, das haben wir nicht gemacht.“[319]

Die Problematik der unzureichenden Konzentrationseinstellung an dem Desinfektionsmittelgerät, das sich um die Ecke der Station 4027 bei den Nebenräumen der Station 3 der Frauenklinik befand, die mit der Station 4027 zu einer Reinigungsschicht zusammengefasst waren, wurde vom RKI nicht bemerkt:

„Abg. Frau Bernhard: Ich habe doch noch einmal Fragen zu den Desinfektionslösungen, auch im Zusammenhang mit dem Ausbruch der Klebsiellen in Gießen. Dafür war ja eine zu niedrige Konzentration der Desinfektionslösung verantwortlich. Haben Sie sich denn in der Neonatologie angeschaut, welche Konzentrationen dort verwendet worden sind?

[315] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3537
[316] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3548
[317] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3561
[318] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3543
[319] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3553

> Zeuge Dr. Eckmanns: Ja, wir haben die Konzentrationen angeschaut, die waren dort aufgeschrieben, und sie waren ausreichend hoch.“[320]

Eine sehr schematische Herangehensweise zeigte das RKI gegenüber durch die Reinigung verursachte Resistenzen:

> „Eine Putzmittelresistenz gibt es nicht. Wenn, dann sind es Desinfektionsmittelresistenzen, das ist aber auch noch einmal etwas ganz anderes als eine Antibiotikaresistenz. Es gibt tatsächlich desinfektionsmittelresistente Erreger, auch Klebsiellen können desinfektionsmittelresistent sein. Es gibt in Deutschland einen relativ berühmten Ausbruch - in Gießen war das - auf einer neonatologischen Intensivstation vor einigen Jahren, wo die Klebsiellen gegen das Desinfektionsmittel resistent waren und sogar in dem Desinfektionsmittel waren. Das wurde hier mehrmals untersucht. Es wurde auch untersucht, ob diese Klebsiellen hier resistent gegen das Desinfektionsmittel sind, das ist aber nicht der Fall gewesen. Diese Untersuchungen sind jetzt abgeschlossen.“[321]

Die erwähnten Untersuchungen der UKSH Kiel zeigen anderes. Es gab in der Tat keine echte Resistenz des Ausbruchsstamms gegenüber dem verwendeten Reinigungsmittel, aber eine deutlich erhöhte und im Verlauf des Ausbruchs zunehmende temporäre Widerstandsfähigkeit.

Unglücklich war die „Kohortenstudie“ des RKI im Zwischenbericht, die von der GeNo dahingehend missverstanden wurde, als wenn Personalmangel als Ursache dadurch ausgeschlossen werden könnte. Dies wurde von der GeNo-Leitung im Aufsichtsrat als RKI-Ergebnis präsentiert und folgendermaßen kommentiert:

> „Wir haben nicht zu wenig Pflegekräfte, aber eine ungleiche Verteilung der Pflegekräfte auf die Schichten. Es gibt keinen Nachweis dafür, dass die Personalbesetzung Ursache für die Übertragung war.“[322]

Insgesamt ging das RKI entgegen der Erfahrung der jüngsten Keimausbrüche im Wesentlichen mit Methoden der klassischen Infektionsepidemiologie vor, die auf die Besonderheiten von Krankenhaus-Infektionen nur **unzureichend angepasst** sind. Daraus resultiert ein Untersuchungsansatz, bei dem entweder eine Quelle, ein gerätebezogener Übertragungsweg oder eine eindeutige Person-zu-Person-Übertragung (z.B. ausgehend von einem Keimträger) identifiziert wird oder aber keine Ursache festgestellt werden kann. Strukturelle Faktoren bleiben tendenziell außerhalb der Betrachtung. Entsprechend konnte für die überwiegende Zahl von Keimausbrüchen in Neonatologien in den letzten Jahren keine Ursachen gefunden werden.

4.3. Rolle des BZH

Im Unterschied zum RKI befand sich das BZH Freiburg in einem **„kommerziellen Dienstleistungsverhältnis“** zur GeNo und wurde von ihr beauftragt und bezahlt.

> „Wir stehen derzeit in einem kommerziellen Dienstleistungsverhältnis mit der GeNo, insofern als wir den Auftrag für die Schulung der Mitarbeiter übernommen haben und auch noch drei Auditierungstermine, um zu sehen, inwieweit empfohlene Maßnahmen

[320] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3576
[321] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2108 f.
[322] Sachstand Ereignisse Neonatologie, AR-Sitzung 14.12.2011, Band 60, S. 115

umgesetzt wurden, zugesagt haben sowie diese Analyse der Baubetreuung. Das ist der Umfang, mit dem wir derzeit beauftragt worden sind.“[323]

Das BZH äußerte sich **sehr vorsichtig** zu möglichen Mängeln seitens der Klinik. Im Gegensatz zum RKI wies das BZH dagegen **frühzeitig auf die Rolle der Reinigung hin**, ebenso wie auf die Rolle baulicher Unzulänglichkeiten.

Ausgespart wurde allerdings die Frage der personellen Unterbesetzung. Im Bericht des BZH heißt es dazu lediglich, die Analyse „läuft noch“.[324] Auch Mitte Januar 2012 konnte das BZH keine Angaben dazu machen, ob diese Analyse inzwischen beendet sei.

„Abg. Frau Bernhard: (…) Ich möchte noch einmal gern wissen, was heißt denn, die Analyse des Personalschlüssels in Bezug auf die Belegungszahl läuft noch?

Zeuge Dr. Schulz-Stübner: Das heißt, dass zum Zeitpunkt der Begehung und der Erstellung des Berichts die Berechnung, wie viele Pflegekräfte waren denn tatsächlich vor Ort, seitens des Hauses noch nicht vorlag und fertig war. Wir haben in der Empfehlung ganz eindeutig gesagt, wir empfehlen die Einhaltung der genannten Empfehlungen der Fachgesellschaften. Mehr kann man dazu letztlich für die Zukunft nicht sagen.

Abg. Frau Bernhard: Haben Sie denn bezüglich dieses Zusammenhangs mit den Klinikvertretern und -vertreterinnen, die mit involviert waren, gesprochen? War das da mit ein Thema?

Zeuge Dr. Schulz-Stübner: Sie haben unsere Stellungnahme entsprechend bekommen und das auch zur Kenntnis genommen, ja, auch in dem, was wir vor Ort an Reaktionen gemerkt haben, auch damit begonnen gehabt, Poolressourcen zur Verfügung zu stellen, dort Veränderungen vorzunehmen. Über die Details kann ich jetzt aber nichts sagen, diese entziehen sich jetzt meiner Kenntnis und waren nach Erstellung unseres Berichts, was die Umsetzung angeht.“[325]

Erst durch das Reinigungsgutachten von Lutz Weber vom BZH fiel allgemein auf, dass auch der BZH-Bericht einige der im Gutachten beschriebenen Mängel vorsichtig angedeutet hatte, etwa bezüglich der unklaren Handlungsanweisungen. Auch die mangelhafte Abgrenzung zwischen Reinigungskräften und Pflegekräften bei der Desinfektion wurde darin benannt.

Festzuhalten ist, dass das BZH zu keinem Zeitpunkt mit einer Ursachenanalyse beauftragt war und eine solche auch nicht vorgenommen hat. Die Feststellung von Mängeln und möglichen Schwachstellen berücksichtigte ein breiteres Ursachenspektrum, als beim RKI. **Auch für das BZH waren allerdings Personal- und Reinigungsausstattung (im Unterschied zu Schwächen bei den Handlungsanweisungen) heikle Themen, die in der Beratung des KBM eher ausgespart wurden.**

4.3. Verhältnis der GeNo zu externer Beratung

Seit dem Öffentlichwerden des Keimausbruchs hat die GeNo eine Vielzahl an externer Beratung einbezogen. Dabei kühlte sich das Interesse jedes Mal wieder ab, wenn die Beratung nicht das gewünschte Ziel lieferte: Die „schöne Situation“ (Eckmanns), dass eine

[323] Sebastian Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-496
[324] Band 22, S. 31
[325] Sebastian Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-489 f.

Punktquelle gefunden wird, mit der sich Fragen nach strukturellen Missständen und Organisationsverantwortung erledigen würden.

> „Herr Professor Dr. Exner, der als dritter und von uns beauftragter Hygieneexperte ebenfalls nach der Punktquelle sucht“[326]

> „Im Moment habe ich wirklich alle Hände voll zu tun, den Schaden von dem Unternehmen abzuwenden, den wir letztendlich hier dann auch durch diesen Vorfall haben. (…) Wir werden sicherlich durch den Abschluss dieser Thematik, idealerweise mit einer Identifikation der entsprechenden Keimquelle, dann einen entsprechenden Schlussstrich ziehen können.“[327]

Oder, wie es der Zeugenanwalt der GeNo in der gleichen Anhörung auf den Punkt brachte:

> „Wenn es der Schlauch war, war es kein Skandal!“[328]

Der Bedarf nach externer Beratung war die Kehrseite des eigenen mangelhaften Ausbruchsmanagements. Ohne ein zielstrebiges eigenes Ausbruchsmanagement konnte aber auch externe Beratung nicht greifen.

> „Im Prinzip hat man sich also hier immer nur so ein bisschen Gutachter geholt. (…) Also, mein Eindruck ist, dass man hier im Prinzip von der ganzen Situation komplett überrollt wurde, dass man überhaupt keine Ahnung hatte, wie man mit so einer Situation umgeht, und dann eben gehofft hat, jetzt holen wir uns einmal ein paar, und die werden uns da schon heraushelfen. Das ist ja nicht passiert.“[329]

Da die Leitung des Ausbruchsmanagements nicht beim Krankenhaushygieniker, sondern bei der Geschäftsführung lag, dominierten deren Zielsetzungen. Zu diesen gehörte neben der Begrenzung des medialen Schadens vor allem die Kontrolle der Diskussion.

> „Abg. Frau Dr. Mohr-Lüllmann: (…) Ich stelle mir nach den Monaten, die ich hier sitze, jetzt vor, in dem Haus sind einer vom BZH, ein Desinfektor, das RKI und Herr Professor Dr. Exner unterwegs und alle irgendwie im Umfeld der Problematik, Hygienemaßnahmen zu verbessern oder eine Analyse des Status quo zu erbringen. (…) Es kann ja nicht sein, dass da zig Leute herumlaufen, und keiner hat eine Endverantwortung. Wie stelle ich mir das vor?
>
> Zeugin Wendorff: (…) Wenn es Ergebnisse gibt, dann werden wir die in der Regel im Krisenstab auch zentral verarbeiten, jetzt aktuell, weil er das Medium ist, um dort alle Ergebnisse zusammenfließen zu lassen (…) Das heißt, wir werden es gerade wegen dieser kritischen Situation nicht zulassen, dass bestimmte Themen ohne Begleitung durch die Geschäftsführung bearbeitet und mit Empfehlungen und Maßnahmen belegt werden.“[330]

4.4. Verfrühte Wiedereröffnung der Station

Die GeNo-Leitung hatte ein herausragendes Interesse an einer schnellen Wiedereröffnung der Frühgeborenen-Station.

---

[326] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4142
[327] Tomislav Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3652 f.
[328] RA Joester, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3653
[329] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4742
[330] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4141 ff.

> „Auf Nachfrage von Sebastian Wriedt zu den wirtschaftlichen Ausfällen im KBM sagt Herr Dr. Hansen, dass es einen fulminanten Einbruch in der Geburtenhilfe gegeben hat. Die Folgen der Schließung der Neonatologie werden erst zeitversetzt spürbar sein. Hier ist der entscheidende Punkt, wann die Station wiedereröffnet wird.“[331]

Ursprünglich sollte die „feierliche Wiedereröffnung“ bereits am 23.12.2012 stattfinden – „die Gesundheitssenatorin Frau Jürgens-Pieper wie auch der Bürgermeister Herr Böhrnsen sowie die Bürgermeisterin Frau Linnert wollen teilnehmen“[332] –, dann wurde der Termin auf den 5.01.2012[333], schließlich auf den 9.01.2012 verschoben.[334] Der Zeitplan richtete sich einerseits nach der Geschwindigkeit der baulichen Renovierung auf der Station, andererseits sollte der Zwischenbericht des RKI abgewartet werden.

> „Ich weiß nur, dass wir ein bisschen bei der zu eiligen Wiedereröffnung gebremst haben, dass es Auflagen des Gesundheitsamts gab, auch im Detail, und dass wir als Behörde gesagt haben, erst wenn das Gesundheitsamt grünes Licht zur Wiedereröffnung gibt, inklusive dieser Maßnahmen (…) erst dann empfehlen wir unserer Senatorin, diese Station wieder zu eröffnen.“[335]

Der von der GeNo-Geschäftsführung vorgegebene Zeitplan führte zu schweren Fehlern bei der Desinfektion der Station. So wurde die Station **vor der Desinfektion wieder eingeräumt**, anstatt erst die leere Station zu desinfizieren und dann noch einmal die wiedereingeräumte:

> „In Anbetracht des engen Terminplans halte ich ein Einräumen der Station nach der Grundreinigung für vertretbar. Die Station wäre bis zum 30.12. einzuräumen, am 2.01. erfolgt die Abschlussdesinfektion und am 3.01.2012 die hygienischen Umgebungsuntersuchungen.
>
> Ich möchte aber, dass ein Abweichen von der ansonsten nach Baumaßnahmen üblichen Verfahrensweise (Abschluss Umbau – 1.Grundreinigung – 2.Routinemäßige Desinfektion = desinfizierende Reinigung – 3.Hygienische Abnahme – 4.Einräumen – 5.Abschlussdesinfektion = Feindesinfektion) offiziell beschlossen wird.“[336]

Ob ein solcher „offizieller Beschluss“ jemals gefasst wurde, ließ sich in den Anhörungen nicht ermitteln. Auch wurden **einige Räume und einige Gegenstände gar nicht desinfiziert**:

> „Wir fanden sogar problematischer, dass bestimmte Räume nicht besonders aufbereitet wurden, zum Beispiel die Küche. In der Küche wurde ja damals gar nichts gemacht.“[337]
>
> „Desweiteren fiel auf, dass Handbücher, bestimmte Akten und Büromaterialien undesinfiziert wieder auf die Station gelangt sind.“[338]

Am 23.12.2011, „nach Scheuer-, Wischdesinfektion mit dem Desinfektor“, erfolgte eine **Probenahme mit katastrophalem Ergebnis**:

---

[331] Protokolle der Monatsgespräche KBR und Geschäftsführung GeNo, November 2011, TOP 3 Bericht der GF, Band 184, S. 175
[332] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 6.12.2011, Band 100, S. 33
[333] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 9.12.2011, Band 100, S. 35
[334] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 14.12.2011, Band 100, S. 39
[335] Götz, Protokoll der öffentlichen Anhörung 21-2899
[336] Mail Kappler an die Geschäftsführung KBM und die Hygienefachkräfte vom 27.12.2011, Band 116
[337] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3561
[338] Schreiben des BZHan den Ausschuss vom 14.05.2012, S. 6

„Die Desinfektion war in den Säuglingszimmern unzureichend, da z.B. auf den Ablagen und Fensterbänken gar nicht gewischt wurde – hier lag Baustaub. Die geringen Keimzahlen geben den schlechten optischen Eindruck nicht wieder.

Einige Räume wurden nicht bzw. ebenfalls unzureichend desinfiziert: Die Schublade im Labor wurde nicht gesäubert (Hefen), im Elternzimmer wies das Sofa Hefen auf, Kosmetiktuchboxen und Waschbecken wiesen zu viele Keime auf. Im Waschmaschinenraum und im Flur wurde mit Staph. aureus ein potentieller Krankheitserreger auf dem Trockner und der Rohrpost festgestellt.

Eine Grundreinigung wurde wegen der Baustabreste angeordnet.“[339]

Am 3. Januar 2012, 6 Tage vor der Wiedereröffnung, wurde nach der Abschlussdesinfektion durch das Personal der GND eine **Verkeimung der verwendeten Desco-Wipes-Eimer** entdeckt. Die Eimer wurden daraufhin „verworfen“ und festgestellt, die Station könne „aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden.“[340]

Festzuhalten ist, dass es gegen die Wiedereröffnung der Station zu diesem Zeitpunkt **mehrere Kontraindikatoren** gab:

- Es lag kein Abschlussbericht des Ausbruchsmanagementteams vor, in dem die einzuhaltenden Präventionsmaßnahmen aufgeführt werden, die dann begleitet und kontrolliert hätten werden können
- Die Desinfektion der Station verlief unsicher und fehlerhaft
- Eine Erhöhung der Reinigungsleistung war nicht geklärt
- Mängel in der Reinigung waren ebenso bekannt, wie (z.B. aus den Anhängen des RKI-Zwischenberichts) auffällige Keimbefunde aus der Zeit vor der Schließung der Station
- Durch die Reduzierung der Bettenzahl war die Betreuungsrelation vertretbar. Es gab aber kein Ausfallkonzept, insbesondere nicht für den Fall, dass mehrere Isolierungen gleichzeitig nötig würden.

Die Wiedereröffnung war daher verfrüht und stellte ein erhebliches Risiko für die Patienten dar.

[339] Band 105, S. 379
[340] Band 105, S. 373

5. Diskussion

Patienten

Von dem Keimausbruch auf der Neonatologie des KBM waren insgesamt 37 Frühgeborene betroffen. 11 davon erkrankten. Vier der erkrankten starben an der Infektion mit dem Erreger, bei einem fünften Kind ist unklar, wieweit der Erreger für den Tod mit ursächlich war.

Im Jahr 2011 kam es auf den Stationen 4027 und 4028 zu einem gehäuften Auftreten von Infektionen mit ESBL-Klebsiellen, das definitionsgemäß einen Ausbruch darstellt. Durch Gentypisierungen konnte ermittelt werden, dass mindestens 30 Kinder mit dem Ausbruchsstamm angesteckt waren. In 9 Fällen kam es nicht nur zur Besiedlung, sondern zur Infektion, in 3 Fällen führte die Infektion zum Tod.[341] 2 der Nachweise erfolgten an bereits entlassenen Kindern, die im Zuge des Ausbruchs nachträglich untersucht wurden und sich als noch besiedelt herausstellten.[342]

Im Februar 2012 kam es erneut zum Auftreten des identischen Keims. 5 Kinder wurden besiedelt, 1 davon infiziert, die Infektion führte zum Tod.

Durch nachträgliche Typisierung stellte sich heraus, dass bereits im Januar 2009 ein Kind mit demselben, genidentischen Erreger infiziert war. Dieses Kind ist somit als der **Indexpatient** („Patient Zero“) anzusehen, d.h. der früheste bekannte Nachweispatient. Beim Indexpatienten wurden erstmals am **28.10.2008** Klebsiella pneumoniae (ESBL) nachgewiesen, dies ist als das früheste bekannte Auftreten des Ausbruchsstamms anzusehen.[343]

In der Liste der Fälle von nachgewiesenen Erregern mit besonderen Resistenzen sind für 2008 4 Fälle von Klebsiella pneumoniae (ESBL) aufgeführt, die zum Zeitpunkt des Erstnachweises auf der Kinderklinik bzw. auf der Neonatologie lagen, darunter auch der Indexpatient. 2 der 3 anderen Fälle weisen das gleiche Resistenzprofil auf.[344] Außer dem Indexpatienten lag noch ein weiterer dieser Patienten auch 2009 in der Kinderklinik bzw. der Neonatologie.[345] Für 2007 sind keine ESBL-Klebsiellen in Kinderklinik und Neonatologie verzeichnet.[346] Laut Auskunft des Laborzentrums gab es 2009 insgesamt 6 Erstnachweise von ESBL-Klebsiella-pneumoniae, der letzte davon im August. Im Jahr 2010 gab es nur 1 Erstnachweis, und zwar im Januar.[347] Der erste in 2011 auftretende Erstnachweis war im April.

Vor Oktober 2011 fand kein systematisches Screening auf ESBL-Klebsiellen statt. Ebenfalls wurden nachgewiesene Klebsiellen nur in Ausnahmefällen gentypisiert, etwa im Rahmen des

---

[341] Bei einem vierten Kind ist der Zusammenhang zwischen Keimbefall und Tod unklar.

[342] Erster Zwischenbericht aus der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte, 13.06.2012, Band 197, S. 5. Bei 4 der 37 Kinder „muss von diesem Stamm ausgegangen werden“, obwohl eine Gentypisierung nicht mehr möglich ist. Im „Zwischenbericht“ noch nicht berücksichtigt ist das Kind aus Mai 2012.

[343] Separate Niederschrift gem. § 23, 2008, Band 126. Die Probe, die als genidentisch bestimmt werden konnte, ist dagegen aus dem Januar. Es ist allerdings hochwahrscheinlich, dass es sich im Oktober 2008 bereits um denselben Keimstamm handelte, da es derselbe Patient ist, beide Male EBSL-Klebsiellen nachgewiesen wurden, und das Resistenzprofil das gleiche ist.

[344] Resistente Keime gem. § 23, 01.01.2008-21.12.2008, Band 74

[345] Separate Niederschrift gem. § 23, 2009, Band 116

[346] Resistente Keime gem. § 23, 2007, Band 73. Eine Abfrage beim Zentrallabor durch das RKI fand nur für die Jahre 2009-2011 statt.

[347] RKI-Zwischenbericht, Band 16, S. 17. Der Patient aus Januar 2010 ist auch in Band 94 verzeichnet, dem Stationsordner gem. § 23.

Ausbruchsgeschehens 2005, und keine Proben systematisch aufbewahrt. Die **Informationen** für den Zeitraum vor Oktober 2011 sind daher in hohem Maße lückenhaft oder fehlen ganz.

Im Frühjahr 2005 kam es auf der Station 4027 bereits zu einem Ausbruch mit ESBL-Klebsiellen. Hierzu liegen keine Proben mehr vor, aber eine Gentypisierung. Anhand der Gentypisierung ist eine Identität mit dem Ausbruchsstamm 2009-2012 unwahrscheinlich, wenn auch nicht völlig auszuschließen.

Ab Juni 2012 sind keine weiteren Fälle mehr aufgetreten.

Auszugehen ist daher von einem Ausbruch, der sich von **Oktober 2008 bis Mai 2012**, also über dreieinhalb Jahre hinweg, erstreckt hat und in drei bekannten Wellen ablief (Januar 2009, April bis November 2011, Februar bis Mai 2012).

Umgebungsuntersuchungen und Personenscreening

Umgebungsuntersuchungen der betroffenen Stationen vor Oktober 2011 liegen in mehr oder weniger zufälliger Form vor. Sie sind nirgends systematisch gesammelt.

Nachgewiesen wurde der genidentische Erreger bei **7 Objekten**. Bei Abklatschproben vom 7.09.2012 wurde der Erreger gefunden an der Windelwaage, an einem Kanülenabwurf, am Schnuller eines besiedelten Kindes und auf der Hand einer Pflegekraft. Vor Umzug der Neonatologie in die Station 3911 wurde dort am 4.11.2012 der Erreger auf einem Flaschenwärmer nachgewiesen. Nach der zweiten Schließung der Station Ende Februar 2012 wurde der Erreger dort fünf Tage später an einer Handschuhbox gefunden. Außerdem gibt es aus dem Februar 2012 einen Nachweis auf dem Sauger eines besiedelten Kindes. Es wurde also auf zwei der drei betroffenen Stationen (4027 und 3911) der Erreger mindestens einmal in unbelebter Umgebung nachgewiesen, und zwar auf Gegenständen, die sich für eine Streuung eignen (Windelwaage, Handschuhbox, Flaschenwärmer).

Auch die Umgebungsuntersuchungen ab November 2011 lagen dem Ausschuss nicht in gesammelter Form vor. Nach Angaben der GeNo-Leitung handelt es sich um „über 1.000 Proben“. Bei einer Probenahme auf einer Station werden jeweils ca. 20-50 Proben genommen, 1.000 Proben entsprechen also 20 bis 50 Stationsuntersuchungen. Ein Drittel davon entfällt auf die Zeit nach der zweiten Schließung der Station 4027. „Für Umgebungsuntersuchungen wurden 313 Abstrichproben genommen, davon 285 auf der Neonatologie sowie 28 auf der Geburtshilfe“[348]; diese Zahlen beziehen sich auf den März 2012[349].

Nach Auskunft des Desinfektors, Herrn Sextro, sollten Umgebungsuntersuchungen möglichst zufällig erfolgen (ergänzt durch Untersuchungen von bekannten oder vermuteten Problemstellen). Aus den Umgebungsuntersuchungen, die vorliegen, ergibt sich, dass das nicht der Fall war, sondern dass dabei überwiegend ‚objektorientiert‘ getestet wurde. So gibt es keine Abklatschproben von Fußböden oder Wänden, es finden sich auch keine Probenentnahmen von Toiletten. Für den Zeitraum vor November 2011 ist ferner unklar, worauf die Umgebungsuntersuchungen analysiert wurden und worauf nicht, ob also z.B. Klebsiellen-Funde in jedem Fall auf ESBL geprüft wurden oder ob dies offen blieb.

Bei allen **Screening-Untersuchungen des Personals** und sonstiger StationsbesucherInnen wurde niemals der Ausbruchsstamm nachgewiesen. Beim Screening 2005 wurden bei 2

[348] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4503 bzw. 31-4504
[349] Redebeitrag Jürgens-Pieper vor dem Ausschuss, s. Anm. 4, S. 35

Beschäftigten ESBL-Klebsiellen nachgewiesen, die aber nicht genidentisch waren mit den damals bei Patienten nachgewiesenen Stämmen. Beim Screening ab November 2011 wurden überhaupt keine ESBL-Klebsiellen nachgewiesen, was statistisch unerwartet war, aber nicht sinnvoll zu bezweifeln ist.

Erreger und unbelebte Umgebung

Nach übereinstimmender Meinung der angehörten Experten kann der Ausbruchsstamm auf **trockener Fläche** länger überleben, als bislang angenommen, und zwar mehrere Tage, möglicherweise bis zu 3 Wochen. Der Nachweis auf der Handschuhbox der geschlossenen Station belegt dies ebenso wie die Experimente, die Herr Exner gezielt mit dem Ausbruchsstamm unternommen hat. Es ist davon auszugehen, dass die Überlebensdauer von Ernährungsmöglichkeiten abhängt, also auf gereinigten Flächen kürzer ist als auf ungereinigten. In **feuchter Umgebung** überlebt der Stamm länger als auf trockenen Flächen, bei geeigneten Bedingungen möglicherweise praktisch unbegrenzt. Der Erreger kann in Flüssigkeit ebenso überleben wie an der Luft.

Der Erreger des Ausbruchs ist also nicht darauf angewiesen, in oder auf Personen zu überleben. Um sehr lange Zeiten zu überdauern, etwa den Zeitraum zwischen dem ersten Auftreten 2009 und dem erneuten Auftreten 2011, wäre der Erreger allerdings auf ein günstiges, feuchtes Habitat angewiesen. Dafür kämen folgende Möglichkeiten in Betracht:

- Die Umgebungsuntersuchungen, die aus verschiedenen Jahren bis 2005 zurück vorliegen, zeigen häufig Klebsiellen-Nachweise in den **Siphons**. Dies gilt ähnlich wie bei Pseudomonaden als kaum vermeidbar und wird auch von der Krankenhaushygiene als „übliche Flora“ vermerkt. Eine Desinfektion der Siphons hat (mit wenigen Ausnahmen) nach den vorliegenden Informationen erst nach dem 3.11.2011 stattgefunden, durch komplettes Auswechseln und bei der Schlussdesinfektion mit dem Desinfektor. Ein Eintrag durch Spritzwasser aus den Siphons durch Ausgießen oder durch über dem Ausguss angebrachte Wasserhähne wurde in den Umgebungsuntersuchungen immer wieder als Gefahr beschrieben.

- Die Untersuchungen von Martin Exner stellten Spuren von Klebsiellen-DNA in einem eingetrockneten Biofilm im Wasserzulauf-Schlauch eines der Desinfektionsmittel-Geräte fest, allerdings keinen Nachweis von ESBL. Ob es sich um dennoch um den Ausbruchsstamm gehandelt hat, ist nicht mehr feststellbar.

- Leitungswasser oder Wasserleitungen sind als Habitat weniger wahrscheinlich, da dann ein Auftreten auf anderen Stationen die Folge gewesen wäre. Wasseruntersuchungen erbrachten keine Nachweise des Ausbruchsstamms.

Erreger und Desinfektionsmittel

Zur Wirkung von Desinfektionsmitteln, speziell Microbac Forte, ist vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein eine gezielte Untersuchung unternommen worden. Dabei wurden Isolate des Ausbruchsstamms aus Nachweisen 2009, 2011 und 02/2012 in organisch angereicherter Lösung aufgebracht und mit Microbac in unterschiedlichen Konzentrationen behandelt; die Keimzahlen wurden nach 30 min, 60 min und 4 Stunden geprüft. Neben dem Ausbruchsstamm wurde dabei auch ein Isolat eines anderen Klebsiella-pneumoniae-Stammes getestet, „der für Desinfektionsmitteltestungen geeignet ist“.[350]

[350] UKSH Kiel, Prüfbericht 2012-108, dem Ausschuss übermittelt 22.06.12

Dabei ergaben sich bemerkenswerte Unterschiede. So erwiesen sich die Isolate des Bremer Ausbruchsstamms zunächst als **erheblich widerstandsfähiger, als der Vergleichsstamm**. So wurde das Isolat aus 2009 nach 30 min. bei einer Konzentration von 0,25 % nur sehr wenig reduziert, das Isolat aus 2011 zeigte nach 30 min. bei einer Konzentration von 0,25 % keinerlei angebbare Reduzierung, das Isolat aus 2012 sogar nach 30 min. bei einer Konzentration von 0,5 %. Dagegen wurde nach 4 Stunden bei den Isolaten aus 2009 und 2011 eine vollständige Reduktion bei allen Konzentrationen erreicht, beim Isolat aus 2012 mit Ausnahme einer 0,10 % Konzentration, während beim Vergleichsstamm nach 4 Stunden bei Konzentrationen von 0,5 % oder 0,25 % noch vereinzelte Kolonien übrig waren.

Nach den Ergebnissen der UKSH zeigt der Ausbruchsstamm im Verhältnis zum Vergleichsstamm demnach eine **höhere Widerstandsfähigkeit bei kurzer Einwirkung** des Desinfektionsmittels (selbst in hoher Konzentration) und eine **geringere Widerstandsfähigkeit bei langer Einwirkung** (selbst in niedriger Konzentration), wobei die Überlebensfähigkeit des Stamms im Vergleich der Isolate aus 2009, 2011 und 2012 zugenommen hat. Die höhere Reduktion bei Verwendung einer 0,5 % Konzentration gegenüber einer 0,25 % Konzentration ist dabei deutlich.

Sowohl eine zu geringe Konzentration des Desinfektionsmittels als auch eine nachträgliche Verdünnung durch Verkeimung des Desinfektionsmittels hätten demnach die Überlebensmöglichkeit des Keims auf unbelebten Flächen deutlich verbessert. Die größte Gefahr wäre aber von einer zu kurzen Einwirkungszeit ausgegangen. Bei einer Berührung der desinfizierten Flächen nach 30 min. hätte der Erreger **übertragen** werden können, während er dennoch nach 1 oder 2 Stunden auf der Fläche **nicht mehr nachweisbar** gewesen wäre.

Dasselbe gilt für eine durch Verkeimung verdünnte Desinfektionsmittellösung. Obwohl die Lösung den Keim auf Flächen, die damit desinfiziert wurden, nicht mehr mit der erforderlichen Wirksamkeit reduziert hätte, wäre nach einiger Zeit in der Lösung selbst der Keim nicht mehr nachgewiesen worden, da er auch eine verminderte Konzentration auf Dauer nicht überlebt.

Dass der Erreger in den Umgebungsuntersuchungen nur am 7.09.2011 und danach nur noch in 3 Fällen nachgewiesen wurde (Handschuhbox, Sauger, Flaschenwärmer), ließe sich durch diesen Effekt erklären, bei dem Übertragung vermittels unzureichend desinfizierter Flächen stattfinden kann, während gleichzeitig nur in einem kurzen Zeitfenster der Nachweis des Keims auf dieser Fläche möglich ist.

Erreger und belebte Umgebung

Der spezifische Erregerstamm des Ausbruchs ist außerhalb der betroffenen Stationen nirgends nachgewiesen, mit Ausnahme eines Nachweises in Russland und mit Ausnahme der Patienten, die als besiedelt aus dem KBM entlassen wurden. In der lokalen Bevölkerung ist der Erregerstamm offensichtlich **nicht verbreitet**. Auch bei ESBL-Klebsiellen, die auf anderen Stationen im KBM auftraten, konnte nie eine Genidentität festgestellt werden.

Auch ein Nachweis dieses Erregerstamms bei Tieren, z.B. in der Massentierhaltung, existiert nicht. Inwieweit hier allerdings überhaupt systematische Proben und Typisierungen stattfinden, entzieht sich der Kenntnis des Ausschusses.

Von den bekanntermaßen als mit dem Erregerstamm besiedelten Patienten kam es in einem Drittel der Fälle zur Infektion, bei zwei Dritteln blieb es bei einer Besiedlung. Der Stamm ist also **nicht hochinfektiös** in dem Sinne, dass es in der Mehrzahl der besiedelten Fälle zur

Selbstansteckung mit Infektionsfolgen kommt. Dies deckt sich mit den Angaben der WHO: Die Infektionsdosis, d.h. die Anzahl von Bakterien, die bei 50 % der Fälle zu einer Infektion führt, wird von der WHO für Klebsiellen mit >100.000 angegeben.[351] Dies bezieht sich auf erwachsene, gesunde Personen. Bei hoch infektiösen Erregern wie Noroviren oder EHEC beträgt die Infektionsdosis daggen 10 bis 100, bei E.Coli als typischem Vertreter der Enterobakterien beträgt sie 10^6, also 1.000.000 Bakterien.

In der Familie des Indexpatienten aus 2009 ist der Erregerstamm nicht weitergegeben worden, der Patient selbst weist den Erreger ebenfalls nicht mehr auf.[352] Eine Übertragung auf Familienangehörige ist auch bei keinem anderen besiedelt entlassenen Patienten bekannt. Eine Sanierung der besiedelten Patienten mit dem Erreger findet nicht unmittelbar statt, einige Patienten sind auch nach einigen Monaten noch besiedelt, ohne zu erkranken. Gemessen an der Zahl der in der Klinik festgestellten Keimnachweise deutet die geringe Zahl von 2 Erstnachweisen bei bereits entlassenen Kindern jedoch darauf hin, dass die Sanierung zügig einsetzt und dass es wahrscheinlich weitere besiedelt entlassene Kinder gab, bei denen der Keim inzwischen verschwunden war.

Es gibt bislang keinen Nachweis des Ausbruchsstamms an erwachsenen Patienten oder Personal. Dies kann darauf hindeuten, dass sich der Erregerstamm auf gesunden Patienten, die im Gegensatz zu Frühgeborenen eine entwickelte Keimflora haben, in der Regel nicht festsetzen kann bzw. dass er bei gesunden, besiedelten Frühgeborenen im Rahmen der allmählichen Ausbildung ihrer Keimflora verschwindet bzw. **verdrängt** wird.

Besiedelte Frühgeborene behalten den Keim für Wochen oder Monate. Sie stellten damit ein Reservoir dar, wo der Keim auf den betroffenen Stationen überleben konnte. Laut Zwischenbericht des RKI ist eine lückenlose Übertragungskette zwischen betroffenen Patienten ab Juli 2011 konstruierbar. Da kein regelmäßiges Screening vor dem 25.10.2011 stattfand, kann es 2009 bis 2011 weitere, unbemerkte Fälle von Besiedlung mit dem Erreger gegeben haben.

Relative Unauffälligkeit des Erregers

Aufgrund der genannten Eigenschaften bleibt der Erreger **längere Zeit verhältnismäßig unauffällig,** da nur ein Drittel der besiedelten Patienten erkrankte. Allerdings verliefen Infektionen bei einem relativ hohen Anteil der infizierten Patienten tödlich.

Da Patienten erst ab dem 25.10.2011 grundsätzlich gescreent wurden und Abstriche vorher nur bei auffälligen, d.h. infizierten Patienten erfolgten, wären Besiedlungen vor dem 25.10.2011 nicht bemerkt worden.[353] Auch bei infizierten und rasch verstorbenen Kinder wäre nicht unbedingt post mortem ein Abstrich erfolgt, der den Keim nachgewiesen hätte.[354] Eine Person-zu-Person-Übertragung kann daher auch vor dem Juli 2011 erfolgt sein, ohne bemerkt worden zu sein.

Wenn die Erkenntnisse der UKSH Kiel zugrunde gelegt werden, ist der Erreger **auch durch seine Reaktion auf Desinfektionsmittel unauffällig**, da er selbst bei Unterdosierung letztlich abstirbt, während er innerhalb der ersten halben Stunde sehr widerstandsfähig und

[351] Prüss, Giroult and Rushbrook (eds.): Safe management of wastes from health-care activities, WHO, Genf, 1999, S. 149

[352] Band 197, S. 5

[353] Höchstens zufällig, wenn ein mit einer anderen Bakterienart infizierter Patient deswegen abgestrichen worden wäre.

[354] Wie bei dem im März 2011 erkrankten und verstorbenen Kind, bei dem eine bakterielle Sepsis verzeichnet ist, aber kein Keimnachweis.

damit übertragungsaktiv ist. Auf patientennahen Kontaktflächen, die regelmäßig desinfiziert werden, verschwindet der Keim daher schnell wieder, was Nachweise unwahrscheinlicher macht.

Auf trockenen Flächen, die nicht desinfiziert wurden, kann der Erreger mehrere Tage überleben. **Patienten- und Beschäftigtenaustausch zwischen Stationen** kommt daher als Verbreitungs- und Eintragsvektor in Betracht.

Begünstigung durch die spezifischen Bedingungen der Station

Die Bedingungen der Station 4027 waren geradezu ideal für eine langanhaltende Ausbruchssituation mit dem Erreger.

Die personelle Unterbesetzung in der Pflege war geeignet, **Übertragung** zwischen Patienten zu fördern. Dies war eine notwendige Voraussetzung für das Überleben und die Verbreitung des Keims. Die unzureichende Reinigung und Desinfektion hat zwar Nachweise erschwert, aber die **Verbreitung** nicht verhindern können. Mangelhafte Reinigung eröffnete dem Erreger sowohl zusätzliche Übertragungswege (nämlich über tote Flächen) als auch langfristige unbelebte **Reservoirs**, in denen er überdauern konnte. Potenzielle Reservoirs wie Siphons wurden nur in großen Abständen wirksam desinfiziert oder ausgetauscht, Desinfektionsmaßnahmen blieben lückenhaft.

Der Personen- und Patientenaustausch zwischen 4027 und 4028 stellte einen potenziellen **Vektor** zwischen den Stationen dar. Die mangelhafte Dokumentation von Keimbefunden und die Praxis, nur bei auffälligen, d.h. infizierten Patienten Abstriche zu machen, verstärkten die relative Unauffälligkeit des Keims.

2009 und 2011 kam, wie auch bei den Klebsiellen-Infektionen 2005, erst durch Todesfälle mit eindeutigem Zusammenhang mit bakterieller Sepsis jeweils eine Reaktion in Gang. Das Ausbruchsmanagement war aber jedes Mal **nicht gründlich und entschlossen genug**, um den Keim in allen Rückzugsgebieten zu vernichten, befallene Patienten wirksam zu isolieren und somit den Ausbruch zu beenden.

Die Befunde der UKSH deuten darauf hin, dass sich der Erreger in seiner Evolution den Bedingungen der Station angepasst hat. Die Verbindung von halbherziger Reinigung und offenen Übertragungswegen durch das schlechte Betreuungsverhältnis hat diese **Evolution** begünstigt.

Ursächliche Faktoren für den Keimausbruch

Die genauen Übertragungswege sind sehr wahrscheinlich nicht mehr rekonstruierbar. Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, dass mehrere Möglichkeiten gab sowohl für das Überleben des Keims auf der Station oder auf den betroffenen Stationen, als auch für die Übertragung zwischen den Patienten (auch im Einzelfall vermittelt durch Mehrfachkontaktflächen).

Direkt ursächlich für den Keimausbruch waren die personelle Unterausstattung, die mangelhafte Reinigung sowie das unzureichende Hygiene- und Ausbruchsmanagement. **Personalmangel und Reinigungsmängel** haben die Übertragungen ermöglicht. Ineffektives und lange Zeit unterlassenes **Hygiene- und Ausbruchsmanagement** haben es versäumt, den Erreger zwischenzeitlich konsequent zu vernichten und Bedingungen zu schaffen, in denen Übertragungen unwahrscheinlich wurden. Der **Austausch von Personal** zwischen den betroffenen Stationen, auch eine Folge der unzureichenden Personalausstattung in der Pflege, hat die Rückzugsmöglichkeiten des Erregers erweitert.

Die Rolle der **Reinigung** ist vor allem darin zu sehen, dass mit den vorgegebenen Reinigungszeiten eine zwischenzeitliche Vernichtung des Erregers auf den unbelebten Flächen und damit auch eine Unterbrechung der Evolution des Erregers nicht gewährleistet werden konnte. Die Rolle des **Pflegepersonalmangels** war dagegen vor allem die, dass ein zuverlässiger Patientenschutz vor Übertragungen dadurch nicht gewährleistet werden konnte.

Der **direkte Vergleich** zwischen den betroffenen Stationen zeigt, dass die Station 4027, wo es hauptsächlich zu den Übertragungen kam, sowohl bei der personellen Ausstattung in der Pflege als auch bei der Reinigung schlechter gestellt war, als die Station 4028.

Nichtursächliche Faktoren

Einige der Risikofaktoren, die in den Anhörungen öfter genannt wurden oder in den Akten deutlich wurden, trafen auf die Station 4027 **nicht** zu. So gab es **fest zugeordnete Reinigungskräfte**, allerdings ohne Einbindung in das Team der Station. Die Touren sind auch im Dienstplan abgezeichnet. Ob es allerdings eine sinnvolle Dienstplanung war, dass an Samstagen erst die WCs im 2. Stock und dann anschließend die Intensiv 4027 in einer Schicht gereinigt wurden, sei dahingestellt.[355]

Die Stationen 4027 und 4028 waren auch **nicht** betroffen von **Vakanzhaltungen** beim Pflegepersonal. Ausscheidende MitarbeiterInnen wurden auf beiden Stationen im direkten Anschluss ersetzt.[356] Vakanzhaltung war in diesem Fall nicht das Problem, sondern die generelle Unterausstattung oder „geplante Unterbesetzung“.

Aus den Anhörungen und den Akten haben sich **keine** Hinweise ergeben, dass das Ausbruchsgeschehen vor dem 7.9.2011 in dem Umfang, wie es sich später zeigte, von den Verantwortlichen wahrgenommen und nicht verfolgt worden wäre. Es gibt keine Belege dafür, dass die Geschäftsführungen des KBM oder der GeNo vor dem Zeitpunkt, zu dem das Gesundheitsamt informiert wurde, **Kenntnis** gehabt hätten. Es gab vielfältige Warnhinweise auf die Risiken, die sich aus der personellen Unterausstattung oder dem verschärften Zeitdruck in der Reinigung ergeben haben, aber keine Informationen über das Auftreten des Erregers.

Ursachen des erneuten Ausbruchs im Februar 2012

Auch nach der Wiedereröffnung standen grundsätzlich dieselben Übertragungswege offen, wie zuvor.Ein Bekämpfen der ursächlichen Faktoren ist auch nach der Wiedereröffnung nicht hinreichend gelungen. Die personelle Ausstattung war durch die Reduzierung der Bettenzahl zwar besser. Nach Wiederauftreten des Keims konnte die Klinik aber nicht genug Personal zusetzen, um eine konsequente Isolierung zu gewährleisten, so dass wiederum zu ungünstige Betreuungsrelationen entstanden. An der Reinigung wurde nichts verändert. Die Herabsetzung der Häufigkeit des regelmäßigen Patientenscreenings war eine ungünstige Entscheidung. Der Personalaustausch zwischen den Stationen 4028 und 4027 wurde eingeschränkt, fand aber doch wieder statt.[357]

Ähnlich wie 2009 und im September 2011 konnte durch eine erhöhte Aufmerksamkeit bei den Hygienemaßnahmen zeitweise die Situation verbessert werden, im Krisenfall schlugen aber die grundsätzlichen Mängel wieder durch.

---

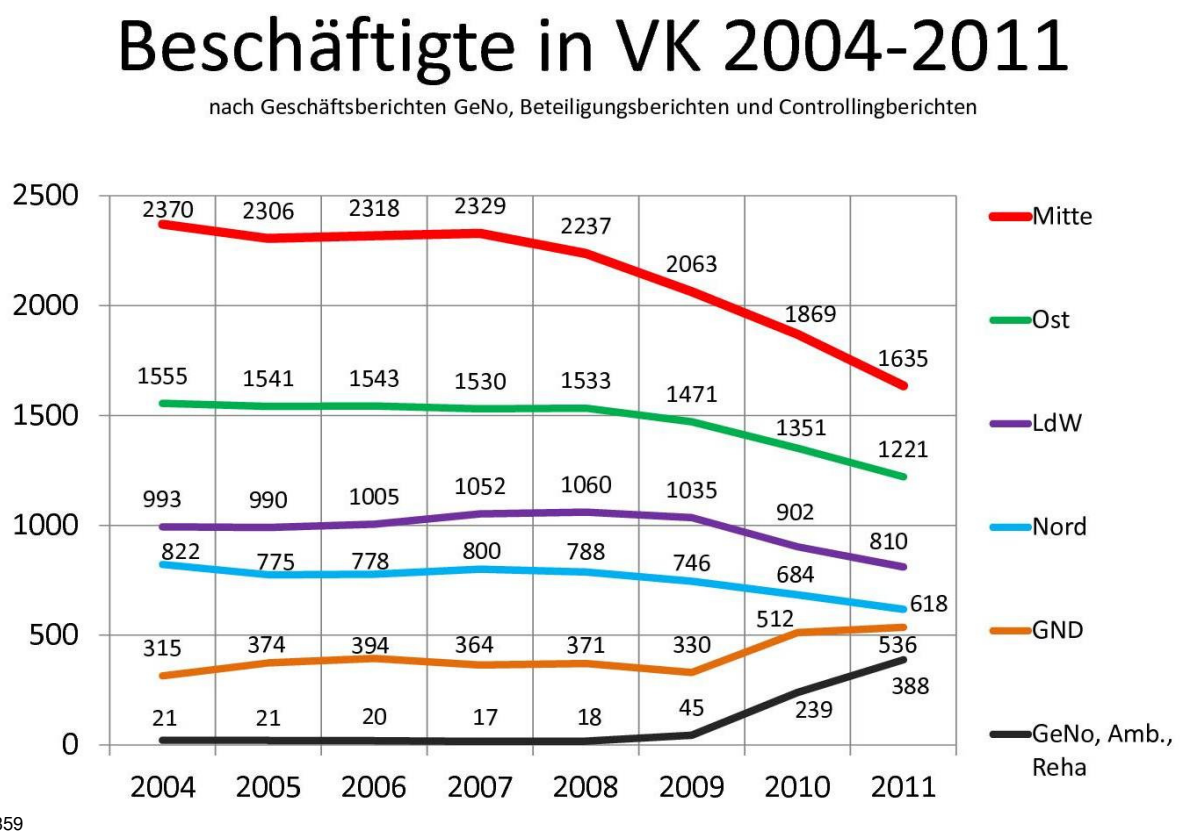
[355] Dienstpläne des Reinigungspersonals, Band 23
[356] Dienstpläne Pflegepersonal, Band 57
[357] Körner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 9-1029

IV. Indirekte Ursachen des Keimausbruchs

1.Finanzielle Unterausstattung des Klinikverbunds

Sowohl die personelle Unterausstattung in der Pflege als auch die Auslagerung und die Qualitätsverschlechterung des Reinigungsdienstes **gehen zurück auf den sogenannten Sanierungskurs der GeNo. Dieser bestand vor allem in einem massiven Personalabbau um 940 Vollkräfte,** von dem das KBM am stärksten betroffen war. **Beschlossen wurde dieser Personalabbau vom Senat am 24.06.2008** mit dem Beschluss „Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbunds“, erarbeitet von der Abteilung Beteiligungsmanagement des Gesundheitsressorts. Beigefügt war der Senatsvorlage als Anlage 1 ein **„Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH“**, das vom GeNo-Geschäftsführer Diethelm Hansen erarbeitet worden war.[358] Zu einem etwas späteren Zeitpunkt wurde die Zielvorgabe für den Personalabbau von 940 VK auf 860 VK reduziert. Zu Ende 2011 geht der Personalabbau über beide Zahlen hinaus.

1.1. Personalabbau



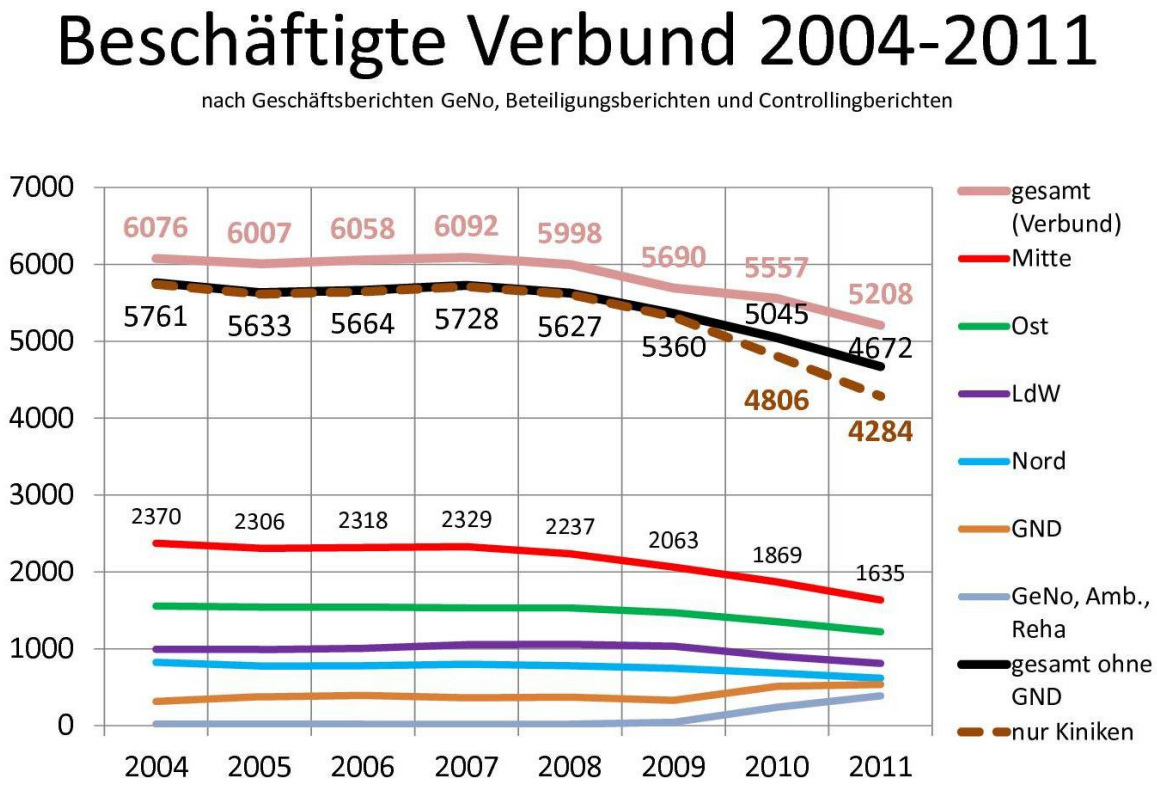
[359]

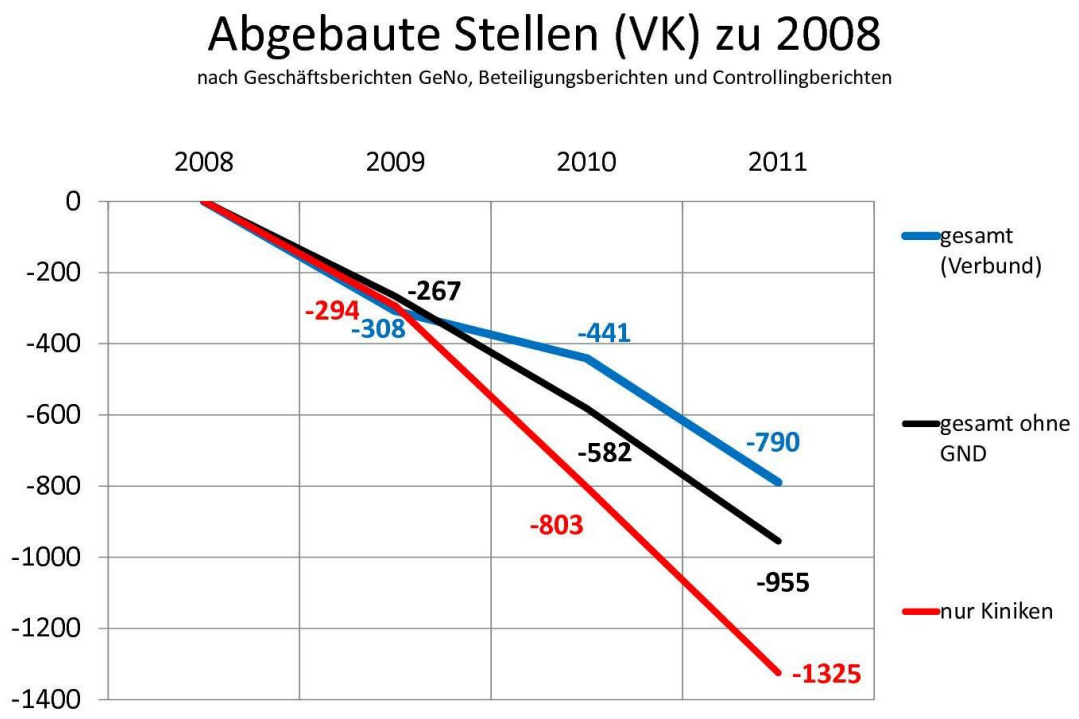
Die Grafik zeigt deutlich, dass am KBM im Zeitraum 2008 bis 2011 mehr als ein Viertel des Personals abgebaut worden ist, an den anderen Häusern etwa 20 Prozent. Ein Teil des

[358] Band 147, S. 23 ff.

[359] Diese und folgende 3 Seiten: Eigene Grafiken. Daten aus: Geschäftsberichte GeNo http://www.gesundheitnord.de/gesundheitnord/gesundheitnord-ueber-uns/geno-geschaeftsberichte.html , Controllingberichte GeNo, Beteiligungsberichte FHB

Abbaus an den einzelnen Kliniken geht auf die Verlagerung von Personal in die Servicegesellschaft GND und in die Holding selbst sowie auf die Auslagerung von Ambulanz und Reha-Zentrum zurück. Die aggregierten Daten machen aber klar, dass unterm Strich auch der Verbund insgesamt massiv Personal abgebaut hat.





Im PUA gab es die unterschiedlichsten Auskünfte auf die Frage, wie viel Personal denn nun seit 2008 wirklich abgebaut wurde.

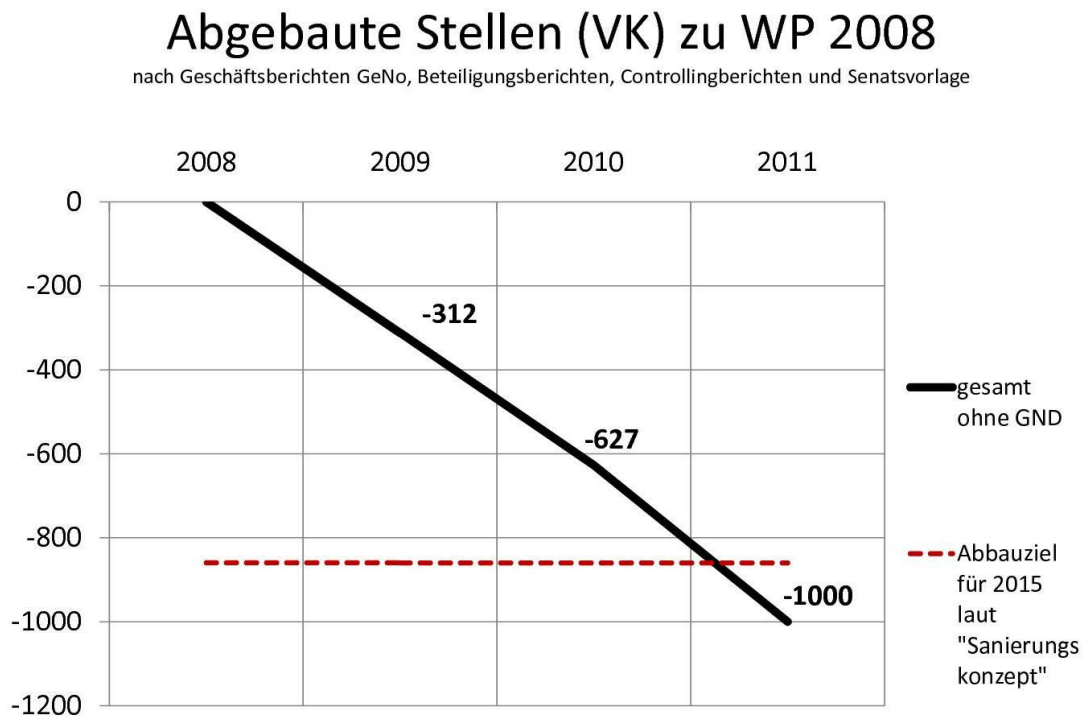
> „Bis zum 31. Dezember 2011 sind ca. 650 Vollkräfte abgebaut worden.“[360]
>
> „Insofern war die Frage, ob jetzt --. 400, 500 VK waren schon abgebaut [bei Vorlage der KMPG-Zahlen 2010], was jetzt dadurch zusätzlich oder was eigentlich schon abgebaut war, war nie so trennscharf, also aus meiner Perspektive – ich habe die Diskussion im Aufsichtsrat zu diesem Zeitpunkt nicht verfolgt – war das nicht deutlich zu erkennen.“[361]
>
> „Ich kann Ihnen nur relativ grobe VK-Zahlen nennen. Seit dem Jahr 2008 sind nach meinem Kenntnisstand ungefähr 800 Vollkräfte im Konzern abgebaut worden.“[362]
>
> „Wir sind jetzt bei circa 580 Stellen, die real in den letzten Jahren abgebaut wurden.“[363]
>
> „Wir haben in der entsprechenden Zwischenbilanz, die wir heute vorgetragen haben, natürlich auch die Abbauerfolge, die Herr Dr. Hansen erzielt hat, genannt. Das sind immerhin (…) über 600 VK (…) die abgebaut worden sind.“[364]
>
> „Es gibt nur für den Wirtschaftsausschuss und für den Aufsichtsrat verlässliche Zahlen, und zwar zusammengefasst über alle Bereiche, aber nicht detailliert nach Stationen und Abteilungen. Sie liegen jedenfalls dem Betriebsrat nicht vor, und trotz mehrfacher Aufforderung, schon vor vielen Monaten, können sie uns angeblich nicht vorgelegt werden. (…) ich habe vor Kurzem gehört – und ich gehe davon aus, dass es seriös war - , dass bis zum jetzigen Zeitpunkt 595 von 860 Vollkräften, die bis zum Jahr 2015 abgebaut werden sollen, abgebaut worden sind.“[365]
>
> „Abg. Bernhard: Ich habe jetzt schon mehrmals nachgefragt, wie viel abgebaut worden ist.“
> Zeuge Schulte-Sasse: Weniger!“[366]
>
> „Abg. Bernhard: Wissen Sie noch, wie viele Stellen im Jahr 2011 abgebaut wurden? (…) Wie weit ist man denn bis Mitte letzten Jahres gekommen? Gab es da eine regelmäßige Auswertung und Feststellung, auch im Aufsichtsrat?
> Zeugin Rosenkötter: Ich kann Ihnen die Zahlen nicht nennen. Wir haben ja ein Controllingsystem.“[367]

Dies ist bereits ein bemerkenswerter Befund. **Ein Senatsbeschluss, der tiefgreifende Auswirkungen auf das größte kommunale Unternehmen und auf die Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung hatte, ist offensichtlich niemals kontinuierlich überprüft und ausgewertet, geschweige denn auf die damit verbundenen Risiken hin analysiert worden.** Für alle beteiligten Entscheidungsträger war immer nur klar, dass es angeblich immer noch nicht reicht, dass so schnell und viel abgebaut werden muss wie nur irgend möglich.

---

[360] Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1099
[361] Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2409
[362] Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 18-2463
[363] Schuster, Protokoll der öffentlichen Anhörung 22-3139
[364] Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4603
[365] Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Anhörung 18-2535 bzw. 18-2599
[366] Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2710
[367] Rosenkötter, Protokoll der öffentlichen Anhörung 20-2815

Tatsächlich wurde seit 2008 Personal im Umfang von 955 Vollkräften abgebaut. Der entscheidende Wert ist dabei die Personalzahl für den Verbund ohne die Servicegesellschaft GND. Gegenüber dem Wirtschaftsplan der GeNo 2008, auf den sich die Zielzahl von 940 abzubauenden VK in der Senatsvorlage 2008 bezog, **wurden bis Ende 2011 sogar 1.000 VK abgebaut.** Sowohl die ursprüngliche Zielzahl von 940 VK als auch die revidierte Zielzahl von 860 VK sind inzwischen also weit übertroffen worden, während alle beteiligten Entscheidungsträger von einem Personalabbau ausgehen, der irgendwo zwischen 400 und 800 VK liegt bzw. dessen Stand einem überhaupt nicht bekannt ist.



1.2. Fehlsteuerung durch vermeintlichen „Bundesdurchschnitt“

Der Personalabbau wurde legitimiert mit dem angeblichen Personalüberhang der GeNo im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt aller Krankenhäuser. In der Anlage zur Senatsvorlage vom 24.06.2008 ist diese Berechnung aufgeführt, die von der Geschäftsführung der GeNo vorgenommen worden war. Sie beruht auf den bundesweiten Grunddaten der Krankenhäuser, die vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht werden.

Senatsvorlage 2008: Falsche Berechnungsgrundlage „Fallzahl“

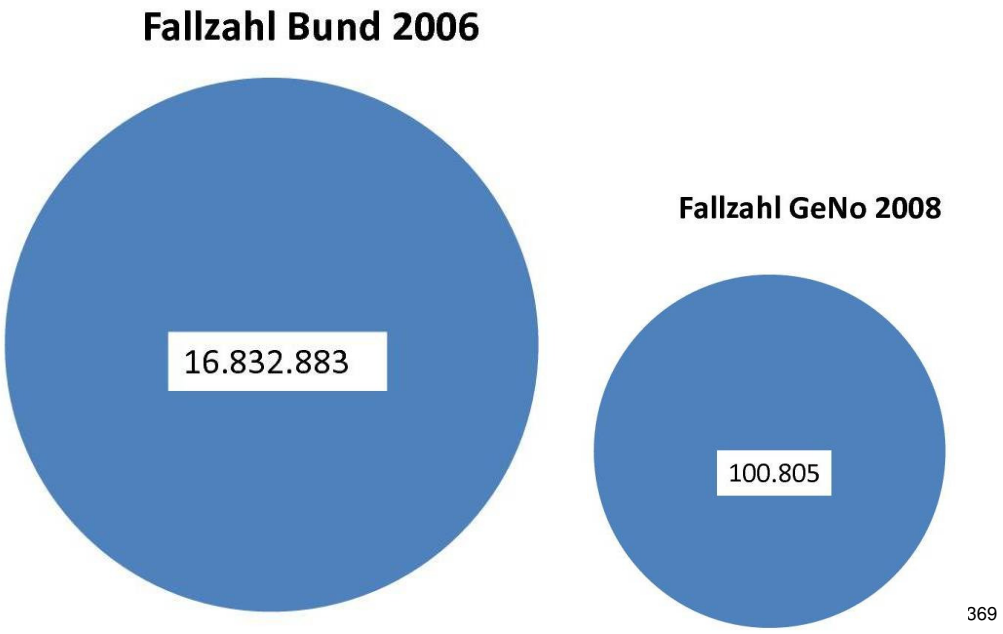
Die Anlage „Sanierungskonzept“ stellt den Personalzahlen im Wirtschaftsplan der GeNo für 2008 (linke Spalte) die Personalzahlen bei einer „bundesdurchschnittlichen“ Besetzung gegenüber (mittlere Spalte) und ermittelt daraus die Zielzahlen für den Personalabbau (rechte Spalte).

	Anzahl VK GeNo 2008 (Wirts.Plan)	Anzahl VK entsprechend Bundes-durchschnitt 2006	Differenz
Pflegekräfte	2.192	1.789	- 403
ÄrztInnen	928	735	- 193
Funktionsdienst	654	508	- 146
Medizinisch-technischer Dienst	841	739	- 102
Sonstige Dienste	1.057	961	- 96
gesamt	**5.672**	**4.733**	**- 939**

[368]

Diesen Zahlen lag folgende Logik zugrunde:

Die Summe aller Krankenhäuser im Bund (Bezugsjahr 2006) hat eine 167-mal höhere Fallzahl (Anzahl von Behandlungsfällen) als die GeNo-Häuser.



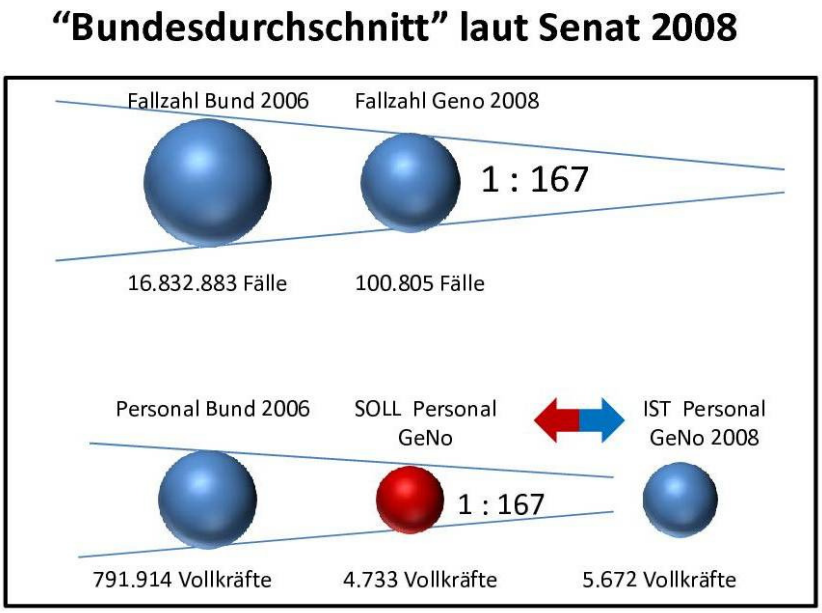
[369]

Also muss, so die Logik der Senatsvorlage, auch die Personalzahl in den einzelnen Dienstarten (nach Vollkräften) 167-mal kleiner sein, als die bundesweite Summe der Personalzahlen aller Krankenhäuser.

---

[368] Sanierungskonzept der Gesundheit Nord, Anlage 1 zur Senatsvorlage „Wirtschaftliche Saneirung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbunds“, Sitzung am 24.06.2008, Band 147, S. 39. Eigene Grafik.

[369] Eigene Grafik, Daten: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2006; GeNo: Band 181, S. 85



[370]

In den Daten zur bundesweiten Krankenhausstatistik werden für die verschiedenen Dienstarten **sogenannte „Personalbelastungszahlen“ ausgewiesen**. Sie drücken aus, wie viele Fälle eine Vollzeit-Kraft im Jahr zu versorgen hat.

	Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro VK)			
	ÄD	PD	MTD	gesamt
2006	136	56	137	21
2007	136	58	139	22
2008	137	58	140	22
2009	136	59	139	22
2010	134	59	138	22
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser (jährlich)				

Wenn man die Fallzahl der GeNo-Häuser im Jahr 2008, die von Hansen mit 100.805 angegeben wird, durch die Personalbelastungszahlen teilt, erhält man – so die Logik der Senatsvorlage – Richtwerte, wie viele Pflegekräfte, ÄrztInnen etc. die GeNo beschäftigen müsste, wenn sie sich am bundesweiten Durchschnitt aller Krankenhäuser orientiert. **Entsprechend behauptet die Senatsvorlage, an den GeNo-Häusern herrsche ein „Personalüberhang“ von 17 %.**

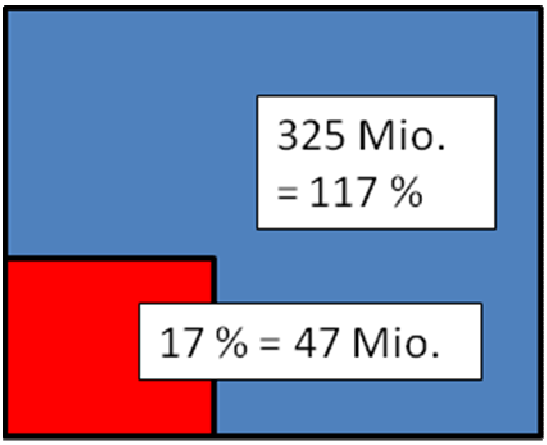
> „Wesentliche Ursache für die kontinuierlich steigenden Defizite sind nach der Analyse der Holding-Geschäftsführung die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Personalkosten. So lag der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten bei 73,9 % (Bundesdurchschnittliche Personalkostenquote 62,3 %). Vergleichszahlen zur Personaldichte (Zahl der Vollkräfte) zeigen eine zum Bundesdurchschnitt um 17 % höhere Anzahl beschäftigter Vollkräfte.“[371]

[370] Eigene Grafik, Daten: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser; Band 181 S. 85, Band 47 S. 39

[371] Senatsvorlage „Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken“ vom 24.06.2008, Band 147, S. 24

Steuerung anhand von Fallzahlen ist Fehlsteuerung

Diese Art der Berechnung ist jedoch falsch. Eine einfache Plausibilitätsrechnung zeigt bereits, dass hier etwas nicht stimmen kann. Wenn die Personalkosten der GeNo 325 Mio. Euro jährlich betragen und ein Personalüberhang von 17 Prozent vorliegt (325 Mio. = 117 %), dann müsste das jährliche Defizit ca. 47 Mio. Euro betragen und nicht, wie in der Projektion angegeben, 9 Mio. Euro in 2008 und in den Folgejahren 10 bis 15 Mio. Euro.



[372]

In den nackten Fallzahlen bilden sich nämlich die Erlössituation und die Personalbelastung eines Krankenhauses nicht hinreichend ab. Sowohl die Einnahmen als auch die Belastung des Personals hängen nicht von der Anzahl der Fälle ab, sondern von der Schwere der Fälle. Die Senatsvorlage entspricht dem Versuch, die Erlösentwicklung und den Personalbedarf eines Friseurladens anhand der reinen Kundenzahl abzuschätzen – ungeachtet der Tatsache, dass es teure und zeitaufwändige Frisuren gibt ebenso wie billigere und schnellere Frisuren, dass mit Färben mehr kostet (und ebenfalls aufwändiger ist) als ohne Färben usw.

Genau aus diesem Grund war seinerzeit für die Krankenhäuser die Kostenkalkulation nach DRGs eingeführt worden, nach „Diagnosis Related Groups“. Jedem konkreten Fall wird dabei eine Gewichtung zugemessen, die ausdrückt, wie aufwändig – und daher auch höher entgolten – die Behandlung ist. Die bundesweite statistische Durchschnittsbehandlung im soll dem Wert 1 entsprechen, aufwändigere Behandlungen haben Werte höher als 1, einfachere Behandlungen Werte niedriger als 1. Diese Zahl ist das Bewertungsgewicht. Die Summe aller derart nach Schwere gewichteten Fälle bildet die tatsächliche Leistung des Krankenhauses ab und ist Grundlage des Entgelts. Das DRG-System legt in Entgeltkatalogen für einzelne Behandlungen keinen Preis in Euro fest, sondern das Bewertungsgewicht, das dann mit einem jährlich neu festgesetzten Basispreis multipliziert wird.

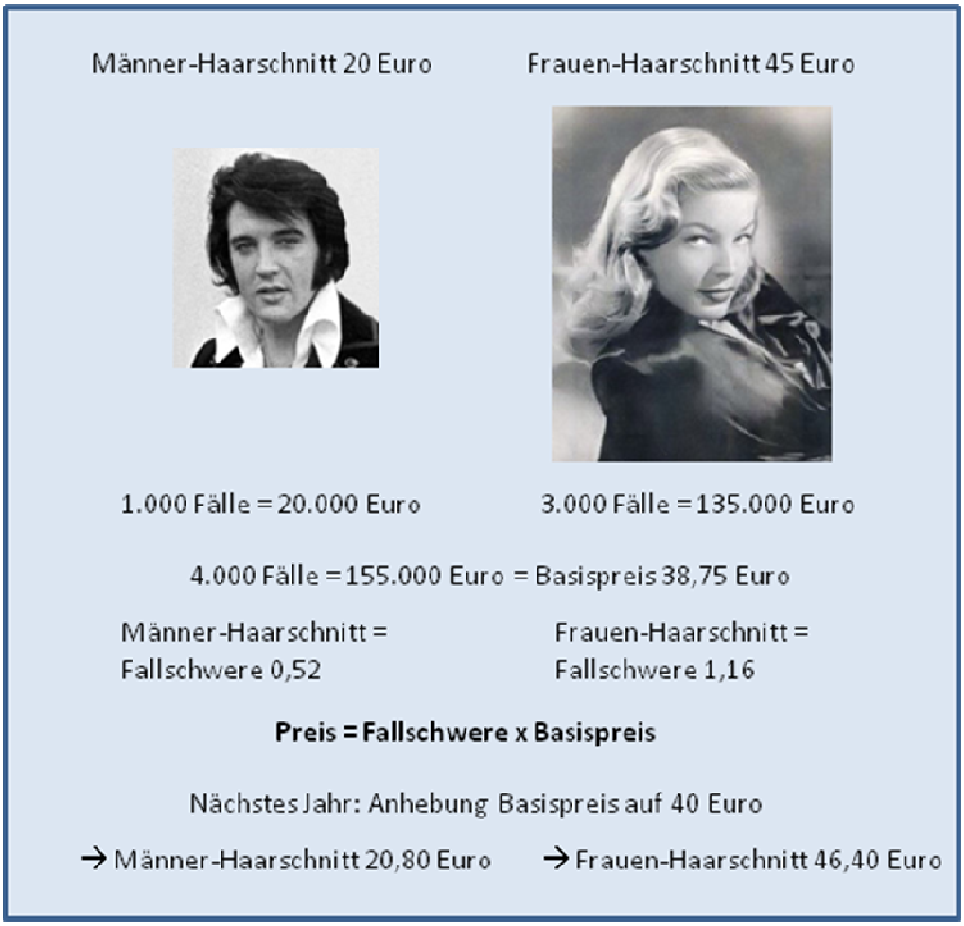
Von Jahr zu Jahr müssen dann nicht alle einzelnen Behandlungspreise zwischen den Kassen und den Krankenhäusern neu ausgehandelt werden, sondern es wird nur der Basispreis angehoben entsprechend der allgemeinen Kostenentwicklung. Es werden auch die Bewertungsgewichte einzelner DRGs angepasst, wenn sich dies als erforderlich gezeigt hat, aber eben nicht alle.

Der Basispreis wird jährlich neu festgelegt („einheitlicher Basisfallwert“). Auf Länderebene wird zwischen Kassen und Krankenhäusern der jeweilige „Landesbasisfallwert“ festgesetzt,

[372] Eigene Grafik

der in einem festgelegten Korridor um den bundesweiten „einheitlichen Basisfallwert“ schwanken darf. Auf diese Weise können unterschiedliche Rahmenstrukturen der verschiedenen Bundesländer (z.B. regionale Preisniveaus) berücksichtigt werden.

Wie DRGs funktionieren


Männer-Haarschnitt 20 Euro
Frauen-Haarschnitt 45 Euro
1.000 Fälle = 20.000 Euro
3.000 Fälle = 135.000 Euro
4.000 Fälle = 155.000 Euro = Basispreis 38,75 Euro
Männer-Haarschnitt = Fallschwere 0,52
Frauen-Haarschnitt = Fallschwere 1,16
Preis = Fallschwere x Basispreis
Nächstes Jahr: Anhebung Basispreis auf 40 Euro
→ Männer-Haarschnitt 20,80 Euro
→ Frauen-Haarschnitt 46,40 Euro
[373]

Entscheidend ist: **Planung und Steuerung von Krankenhäusern kann sich nicht nach Fallzahlen richten, sondern muss sich nach den gewichteten Fallzahlen richten, dem „Case Mix“. Sonst sind schwere Fehlsteuerungen die Folge.** In der Klinik für Neonatologie des KBM beispielsweise betrug die durchschnittliche Fallschwere (der „Case Mix Index“ = CMI) in den Jahren 2009-2011 nicht 1, sondern 14, d.h. die Behandlungen waren im Schnitt 14mal so aufwändig (und höher entgolten) wie die statistische Durchschnittsbehandlung aller Patienten an allen Krankenhäusern. [374] Mit der Herangehensweise der Senatsvorlage würde man behaupten, dass ein Krankenhaus, das nur aus einer solchen Frühgeborenen-Behandlung besteht und auch entsprechend mit Personal ausgestattet ist, einen „Personalüberhang“ von 1300 Prozent hätte, was natürlich Unsinn ist.

[373] So würden Haarschnitte kalkuliert, wenn sie eine Krankenhausleistung wären. Eigene Grafik, Fotos: Wikicommons, Elvis Presley: Oliver Atkins; Lauren Bacall: Yank Army Weekly

[374] Geschäftsführung GeNo: Zwischenbilanz für die Staatsräterunde, 31.01.2012, 2 b Wirtschaftliche Ergebnisse Eltern-Kind-Zentrum, CM und Fallzahlen Frühgeborene <1.500 g 2009-2011, Band 187, S. 340. Ein sehr kleines Frühgeborenes kann eine Fallschwere = Case Mix von über 30 haben, siehe InEK, D-DRG-Browser 2010, http://www.g-drg.de/cms/Datenveroeffentlichung_gem._21_KHEntgG

Realistische Berechnung anhand des Case Mix

Die GeNo-Häuser haben eine durchschnittliche Fallschwere, die über dem Bundesdurchschnitt liegt. Die GeNo-Kliniken haben gewissermaßen mehr Dauerwellen und Färben, als im Bundesdurchschnitt. Dafür brauchen sie mehr Personal und dafür werden sie auch höher entgolten.

> „Das Krankenhauserlösbudget wird im G-DRG-System (vereinfacht dargestellt) berechnet, indem der vereinbarte Case-Mix-Index mit der vereinbarten Fallzahl und dem jeweils gültigen Basisfallwert multipliziert wird.“[375]

	Fallzahlen, Case Mix und CMI an deutschen Krankenhäusern und in der GeNo						
	Fallzahl vollstationär [376]	Fallzahl vollstationär DRG[377]	Case Mix	Case Mix Index (CMI)[378]	CMI GeNo	Diffe-renz CMI	Höher-belastung GeNo
2006	16.832.883	16.230.407	16.528.236	1,02	1,11	0,09	9 %
2007	17.178.573	16.600.472	17.148.731	1,03	1,07	0,04	3 %
2008	17.519.579	16.924.180	17.683.593	1,04	1,09	0,05	4 %
2009	17.817.180	17.191.063	18.084.944	1,05	1,08	0,06	4 %
2010	18.032.903	17.434.400	18.559.432	1,06	1,11	0,05	5 %
2011	18.342.989	17.708.910	19.064.722	1,08	1,13	0,05	5 %
	Eigene Zusammentstellung; Quellen: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser (jährlich);Geschäftsberichte GeNo; Johannes Wolf (GKV): Wann platzt die Mengenblase? Vortrag auf dem DRG-Forum 2012, https://www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=035afe5b-45f6-48f7-a4c7-541a1d95e625&groupId=232125; InEK: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008), Juni 2011, http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG; AOK: Basisdaten – Zahlen und Fakten 2012.						

Wäre die Tabelle im „Sanierungskonzept“ nicht auf Grundlage des unsinnigen Steuerungswerts „Fallzahl“, sondern des sinnvolleren Steuerungswerts „Fallschwere“ (Case Mix) berechnet worden, **hätte sich bereits dadurch ein rechnerischer „Personalüberhang“ ergeben, der nur gut ein Drittel so groß ist:**

---

[375] InEK: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008), Juni 2011, S. 20, http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG. „G-DRG“ steht für „German DRG“.

[376] Zählung nach den vom Statistischen Bundesamt jährlich veröffentlichten „Grunddaten der Krankenhäuser“.

[377] Zählung nach der ebenfalls vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik“. Bei der Differenz von ca. 600.000 Fällen jährlich handelt es handelt es sich hauptsächlich um einen Teil der psychiatrisch behandelten Patienten, in kleinerem Umfang um die sogenannten „ Besonderen Einrichtungen“, zu denen u.a. Palliativstationen und Behandlungen bei MS zählen können, siehe http://g-drg.de/cms/G-DRG-System_2012/Besondere_Einrichtungen. Die Fallzahl im DRG-System ist um diese Fälle kleiner als die Fallzahl in der allgemeinen Krankenhausstatistik. Da dieser Effekt auch in der GeNo auftritt (der Anteil psychiatrischer Behandlungen entspricht etwa dem bundesweiten Anteil), muss er nicht gesondert berücksichtigt werden.

[378] Rechnerisch ermittelt aus CaseMix durch Fallzahlen (fallpauschalenbezogen). Der Endbericht der InEK-Begleitforschung, S. 194, gibt für 2006-2008 als CMI-Werte an: 1,03 – 1,04 – 1,05, die Fallzahlenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für 2010 gibt als CMI-Wert an: 1,08. Differenzen ergeben sich durch schwankende Jahreszuordnung von Fällen, durch nachträgliche Feststellung der tatsächlichen Case-Mix-Zahl etc.

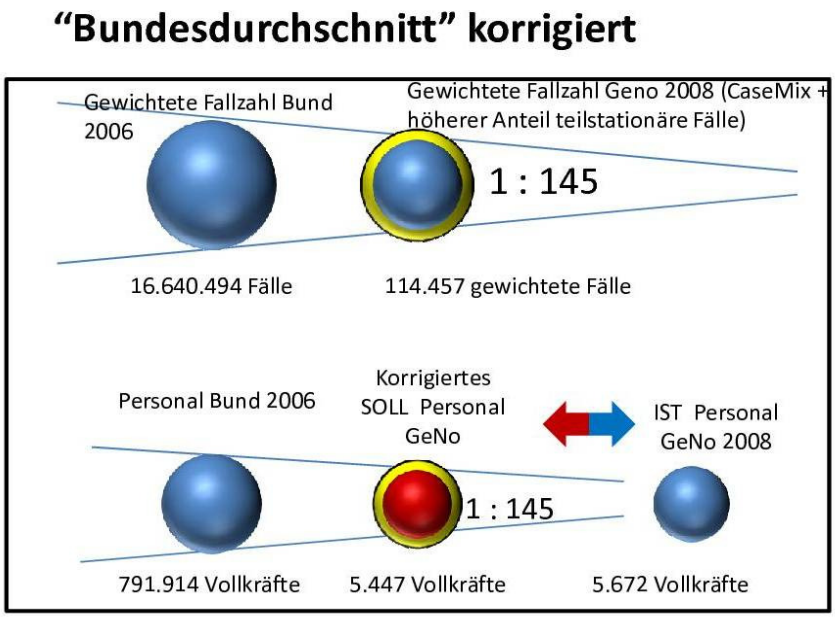
	Berechnung nach Fallzahl					**Berechnung nach Case Mix**				
Bund 2006	16.832.883					16.528.236				
GeNo 2008	100.805					110.911				
Faktor	166,98					149,02				
Personal	ges.	ÄD	PD	MTD	FD	ges.	ÄD	PD	MTD	FD
Bund 2006	791.914	123.715	299.328	122.620	84.964	79.1.914	123.715	299.328	122.620	84.964
GeNo WP 08	5.672	928	2.192	841	654	5.672	928	2.192	841	654
GeNo „wie Bund“	4.743	741	1.793	734	509	5.314	830	2.009	823	570
Differenz WP/ Bu‘ Durchs.	929	187	399	107	145	**358**	**98**	**183**	**18**	**84**

Ebenfalls hätte die Tatsache berücksichtigt werden müssen, dass die GeNo-Häuser eine **höhere Anzahl von teilstationären Behandlungen** haben, als es dem Bundesdurchschnitt entspricht. Teilstationäre Behandlungen sind solche, bei denen der Patient maximal einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus verbringt – also mehr als ambulant, aber weniger als vollstationär. Teilstationäre Behandlungen sind nicht Teil des DRG-Systems, ihre Abrechnung wird direkt zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Kassen verhandelt. Sie sind nicht enthalten in den Fallzahlen, die in der bundesweiten Krankenhaus-Statistik wiedergegeben sind.

In den GeNo-Häusern kommen auf 100 vollstationäre Fälle 19,5 teilstationäre Fälle (2008), bundesweit nur 3,7 (2006). Auch teilstationäre Fälle brauchen zusätzliches Personal und werden zusätzlich entgolten. Da die durchschnittliche Verweildauer eines vollstationären Patienten in den GeNo-Häusern 5,5 Tage beträgt, lässt sich im Sinne einer Abschätzung sagen, dass ein zusätzlicher teilstationärer Patient etwa 0,18 vollstationären Patienten entspricht. Ein Vergleich, der vom Case Mix ausgeht und auch die höhere Anzahl teilstationärer Fälle in der GeNo berücksichtigt, bildet das Verhältnis zum Bundesdurchschnitt relativ realistisch ab.

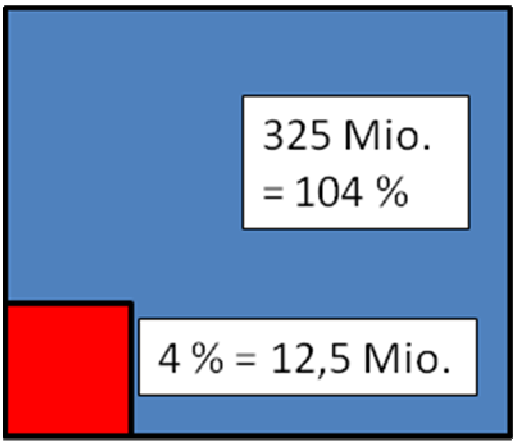
	Nach Fallzahl					**Nach Case Mix und Einbeziehung der teilstationären Fälle (teilstat. Fälle x 0,18)**				
Bund 2006	16.832.883					16.528.236 + (623.657 x 0,18) = 16.640.494				
GeNo 2008	100.805					110.911 + (19.702 x 0,18) = 114.457				
Faktor	166,98					145,39				
Personal	ges.	ÄD	PD	MTD	FD	ges.	ÄD	PD	MTD	FD
Bund 2006	791.914	123.715	299.328	122.620	84.964	79.1.914	123.715	299.328	122.620	84.964
GeNo WP 08	5.672	928	2.192	841	654	5.672	928	2.192	841	654
GeNo „wie Bund“	4.743	741	1.793	734	509	5.447	851	2.059	843	584
Differenz WP/ Bu‘ Durchs.	929	187	399	107	145	**225**	**77**	**133**	**-2**	**70**

Der rechnerische „Personalüberhang“, der sich daraus ergibt, beträgt 225 Vollkräfte bzw. 4 Prozent.



Rechnerischer Überhang: 225 VK (4,0 %)

Bei Personalkosten von 325 Mio. Euro entspricht das 12 Mio. Euro. Dieser Befund stimmt dann auch überein mit dem empirisch festgestellten Finanzdefizit, das in der Senatsvorlage und im „Sanierungskonzept“ mit jährlich 11 Mio. Euro 2005-2009 beziffert wird.[379]



Der „Personalüberhang“ hätte damit im Wesentlichen dem entsprochen, was auch in der Senatsvorlage und im „Sanierungskonzept“ als Personalmehrbedarf durch die ungünstige Pavillonbauweise in Mitte eingeräumt wird. (Dieser Mehrbedarf ist in der Vorlage mit 100 bis 150 VK beziffert, was nicht weiter hergeleitet und in der Höhe nicht begründet ist.)

Dieser Mehrbedarf durch die Bauweise (die ja durch den Neubau überwunden werden soll) spielt zwar keine Rolle für den wirtschaftlichen Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. Es stellt jedoch eine reale Mehrbelastung dar. Die einfache Folge ist: Eine Personalausstattung in Höhe des Bundesdurchschnitts stellt für das KBM und insoweit auch für die GeNo bereits eine personelle Unterausstattung dar, solange nicht der Umbau in den Neubau vollzogen ist.

[379] Lt. Senatsvorlage kumuliertes Jahresdefizit 2005-2009 55 Mio. Euro, macht durchschnittlich 11 Mio. Euro Defizit jährlich, Band 147, S. 24 und S. 37

Dieser Aspekt ist vom Senat, der GeNo- und KBM-Leitung und den Aufsichtsräten später in keiner Weise berücksichtigt worden.

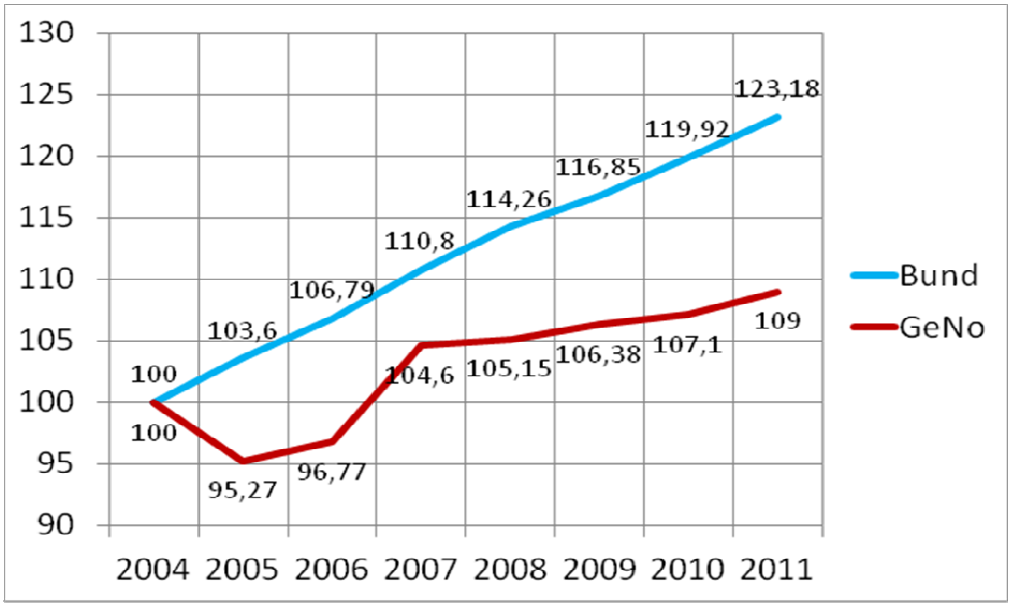
Der angebliche Personalüberhang in der Senatsvorlage war massiv überzeichnet. Der Senat hat seinen tiefgreifenden Beschluss – der immerhin den größten öffentlichen Arbeitgeber und nahezu die gesamte Stadtbevölkerung in ihrer Eigenschaft als Patienten fundamental betroffen hat – auf der Grundlage eines falsch gewählten Leitwerts und einer nicht nachvollziehbaren und unterm Strich schlicht falschen Berechnung getroffen. Die Gleichgültigkeit gegenüber den Fakten kommt auch darin zum Ausdruck, dass eine Überprüfung oder Aktualisierung dieser Berechnung „Bundesdurchschnitt“ niemals mehr stattgefunden hat, weder durch die GeNo noch durch den Senat. Die Folge war eine grundsätzliche Fehlsteuerung der Entwicklung der kommunalen Kliniken, die sowohl hinsichtlich der medizinischen Qualität fahrlässig und gefährlich war, als auch in ihren ökonomischen Ergebnissen katastrophal.

Auf Wettbewerbssituation mit Leistungsverschlechterung reagiert

Korrekterweise muss darauf hingewiesen werden, dass die GeNo-Zahlen für 2008 sinnvollerweise nicht mit den Bundeszahlen für 2006, sondern mit denen für 2008 verglichen werden sollten. Der Vergleich fällt dann für die GeNo ungünstiger aus.

Dies liegt zum einen daran, dass sich die Personalbelastung auf Bundesebene seit 2006 weiter zum Ungünstigen entwickelt hat (siehe Abschnitt 1.3). Es liegt aber vor allem daran, dass der Case-Mix, also die nach Schwere gewichtete Anzahl der Patientenfälle, auf Bundesebene sehr viel stärker zugenommen hat als in der GeNo.

Indexierte Case-Mix-Entwicklung bundesweit (alle Krankenhäuser) und GeNo, 2004 = 100



380

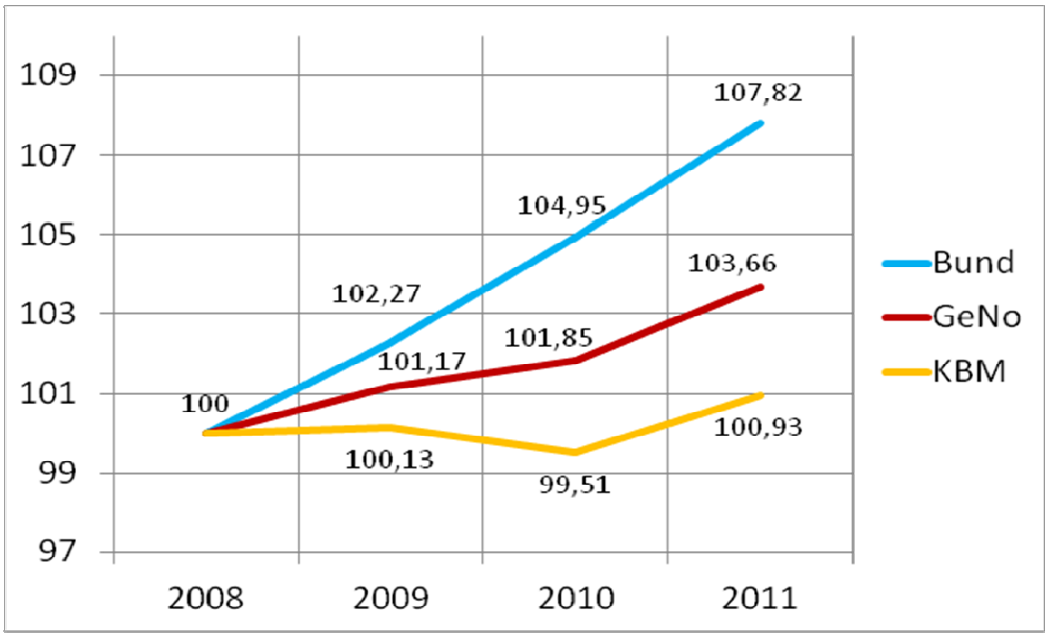
[380] Diese und folgende Seite: Eigene Grafik, Daten: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser; Geschäftsberichte GeNo

Dies gilt auch, wenn man den eigentlichen „Sanierungszeitraum“ seit dem Senatsbeschluss und der Geschäftsführung Hansen betrachtet, also die Jahre seit 2008. **Der Bund hängt die GeNo bei der Case-Mix-Entwicklung (und damit auch bei der Erlösentwicklung) deutlich ab.**

Hierin wird das ganze Ausmaß der medizinischen und ökonomischen Fehlsteuerung des „Sanierungskonzepts“ deutlich. **Mit der Richtungsentscheidung 2008 haben Senat und GeNo auf eine zunehmende Wettbewerbssituation in der Krankenhausversorgung mit einer Leistungsverschlechterung reagiert. Stagnierende Fallzahlen und Case-Mix-Werte waren die Folge.**

Noch schlechter als die GeNo insgesamt schneidet dabei das KBM ab, wo sich der Case-Mix trotz Zentralisierung seit 2008 praktisch überhaupt nicht bewegt hat.

Indexierte Case-Mix-Entwicklung bundesweit
(alle Krankenhäuser), GeNo und KBM 2008 = 100



Dies ist auch kein Wunder. Seit 2008 häuften sich, wie insbesondere die Überlastungsanzeigen belegen, **durch personelle Engpässe verursachte Leistungseinbußen und Leistungsverschlechterungen**.

So wurde vom 8.9. bis 13.9.2010 die Risikoschwangerenstation 5302 „wegen personeller Engpässe geschlossen“.[381] Die Notfallaufnahme war chronisch überlastet. In der Chirurgie konnten wiederholt Schmerzmittelgabe und Lagerung „nicht zeitnah“ erfolgen.[382] In der Stroke Unit konnten „Anreichen von Nahrung sowie regelmäßige Lagerungen nicht durchgeführt“ werden.[383] In der Chirurgie wurden zeitweise nachts über 30 Patienten von 1 Pflegekraft betreut, auch in Situationen wie „1 MRSA Zimmer, 2 ESBL Zimmer, 1 Pseudomonas Zimmer, 8 OPs (…), 1 Pat. dement (...)“.[384] Auch die Patientenbeschwerden handeln immer wieder von der völlig überlasteten Notaufnahme, von schlecht gereinigten

[381] Band 164, S. 204-208
[382] Band 163, S. 248, 250
[383] Band 163, S. 147
[384] Band 163, S. 328, 349

Patientenzimmern und von langen Wartezeiten. All dies ist nicht die Herangehensweise, wie man eine Wettbewerbssituation gewinnt oder ihr standhält.

Die GeNo und insbesondere das KBM hat den Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt auf der Leistungsseite verloren. Dies wurde einerseits hervorgerufen und andererseits überdeckt durch den geradezu dramatischen Personalabbau, mit dem eine positive Erlösbilanz erzwungen wurde, der jedoch jede Nachhaltigkeit fehlte. Das Problem wurde immer größer. Bei den auch vom GeNo-Geschäftsführer gegenüber dem Ausschuss betonten positiven Betriebsergebnissen der Jahre 2009-2011 handelte es sich um eine ‚Blase‘, die früher oder später platzen musste.

Der **Zusammenhang von Personalabbau und Erlöskrise** wurde immer wieder von Beschäftigtenvertretern vorgetragen und von den Leitungen geflissentlich ignoriert.

> „(…) wurden durch den rigiden Personalabbau im Pflegedienst 2008 Engpässe im Bereich OP und Anästhesie selbst organisiert. Dies führt jetzt zu Fallzahlrückgängen.“[385]

> „In einigen Bereichen wird deutlich, dass die Leistungen nicht mehr erbracht werden können und dadurch die Einnahmen sinken. Es stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoller ist in Personal zu investieren, als auf Leistungen zu verzichten.“[386]

Der Sachverhalt wurde auch permanent auf Geschäftsführungsebene konstatiert.

> „Monatsbericht Februar 2011. Case-Mix-Abfall (400 Punkte) im Februar: Neben methodischen Problemen (…) stehen vor allem innere Engpässe im Zentrum der Diskussion.“[387]

> „Die Erlöse liegen knapp unter Plan, Steigerungsmöglichkeiten werden jedoch durch die reduzierte Leistungsfähigkeit des OP-Bereichs aufgrund von Personalengpässen im ÄD Anästhesie eingeschränkt.“[388]

> „Auf der Erlösseite besteht ein akutes Problem, da das KBM ca. 200 CM-Punkte unter Plan liegt (Stand Juli), die aktuelle Belegung ist unterdurchschnittlich; personelle Engpässe bestehen vor allem im Intensiv- und OP-Bereich.“[389]

> „Problematisch ist die personelle Engpasssituation im OP-Bereich (FD), die jedoch mangels Ausfallstatistik vom SB Personal nicht quantifiziert werden kann.“[390]

> „Leistungssteigerung setzt Beseitigung der personellen Engpässe voraus.“[391]

> „Als Hauptproblem bei den Aktivitäten zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation sieht die GF die personellen Engpässe im Intensiv- und OP-Bereich (PD, ÄD). Folgende

[385] Monatsgespräche des KBR mit der Geschäftsführung GeNo, Juli 2009, TOP 11 Folien Sanierungskonzept Überarbeitung / Anpassung Personalzahlen, Band 184, S. 18

[386] Monatsgespräche, August 2011, TOP 8 Arbeitsfähigkeit der Bereiche durch nicht besetzte Stellen, Band 184, S. 163

[387] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 2, 28.03.2011, Band 205, Fach 2, S. 1

[388] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 59, 8.06.2011, Band 205, Fach 2, S. 10

[389] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 74, 22.08.2011, Band 205, Fach 2, S. 13

[390] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Nr. 291, 17.10.2011, Band 203, Fach 5, S. 56

[391] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Nr. 246, 22.08.2011, Band 203, Fach 5, S. 42. Unter der gleichen Nummer wird als Maßnahme zur Schließung der „Ergebnislücke“ aufgeführt: „Weitere Personalkostenreduzierung“.

Lösungsansätze werden diskutiert: Fremdvergabe von Anästhesieleistungen (…) an Praxis- oder Honorarärzte (…) die Vermittler von Fachpersonal können derzeit jedoch keine Honorarkräfte mehr anbieten.“[392]

„Als einen Grund für Kapazitätsengpässe thematisiert Frau Dr. Kuss den Mangel an OP-Pflegekräften. Frau Wendorff merkt diesbezüglich an, dass derzeit eine Überbesetzung im FD OP von 2 VK besteht. (…) Frau Dr. Kuss betont, dass dieses Thema ergebnisrelevant ist, da CÄ [Chefärzte] in den ZV-Gesprächen anzeigen, dass sie vereinbarte Leistungen aufgrund der Engpässe bei der OP-Kapazität nicht erbringen konnten bzw. können.“[393]

Versuche der Geschäftsführungen der einzelnen Häuser, hier gegenzusteuern, wurden von der Geschäftsführung der GeNo unterbunden:

„Herr Dr. Hansen (berichtet) über den Stand der derzeitigen Wirtschaftsplanungsgespräche mit den Klinika. Derzeit haben die Geschäftsführungen der Klinika in Summe 120 VK über der Vorgabe geplant. Dies ist nicht akzeptabel.“[394]

„Herr Dr. Hansen (informiert) anhand der Vorlage nebst der VK-Statistik April 2011 darüber, dass die in 2011 geplanten Personalkosten sich derzeit erheblich über den zur Erreichung der Jahresergebnisse beschlossenen VK-Planungen befinden. Es ist ein konstanter und wesentlich geringerer (als geplanter) VK-Abbau in den ersten Monaten des Jahres 2011 zu konstatieren. Diese Probleme betreffen die GeNo sowie die Klinika in unterschiedlicher Ausprägung. Um das Jahresergebnis und die Finanzierung des Kapitaldienstes sowie die weitere wirtschaftliche Konsolidierung des Klinikverbundes nicht zu gefährden, müssen entsprechend Maßnahmen erfolgen. Infolgedessen beschließt die Geschäftsführung:

1. Ab dem 17.05.2011 werden keine Ausnahmegenehmigungen vom Einstellungsstopp mehr erteilt. Lediglich in Bereichen, in denen die Aufrechterhaltung der Leistungen existentiell gefährdet ist, wird der Einzelfall vom für den SB Personal verantwortlichen Geschäftsführer geprüft und ggf. ein Ausnahmeantrag bewilligt.

2. Die Geschäftsführungen der GeNo und der Klinika werden aufgefordert, einen monatsgenauen Umsetzungsplan für die Personalreduktion und die Einhaltung der Personalkostenbudgets vorzulegen. Dieser ist im JF GF-Klinika (Ende Mai) und in den kommenden 2.AR-Sitzungen 2011 vorzustellen.“[395]

Gezieltes Vorenthalten von methodischen Einwänden

Eine ausführlichere Darlegung zum im „Sanierungskonzept“ behaupteten Personalüberhang findet sich in einer Präsentation des GeNo-Geschäftsführers vom 11.08.2008, die nicht dem Senat vorgelegt wurde, sondern der Consulting-Firma PriceWaterhouseCooper.[396] Dem Untersuchungsausschuss wurde diese Präsentation nur

[392] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Nr. 233, 15.06.2011, Band 203, Fach 5, S. 37
[393] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Nr. 122, 18.04.2011, Band 203, Fach 5, S. 11
[394] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen GeNo, Nr. 529, 25.10.2011, Band 188, S. 279
[395] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen GeNo, Nr. 281, 17.05.2011, Band 188, S. 279
[396] „Teilersatzneubau am Klinikum Bremen Mitte. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen und Businessplanung der Gesundheit Nord gGmbH. Grundlage zur Finanzierung des Bauvorhabens über eine Bürgschaft der Freien Hansestadt Bremen. Vertrauliche Informationen für PwC“, Band 181, S. 61 ff.

aus den von ihm beschlagnahmten Dateien bekannt und zugänglich. In dieser Präsentation findet sich auch der Hinweis auf „methodische Einschränkungen“. Explizit genannt wird z.B. der höhere Anteil teilstationärer Fälle in der GeNo im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt.[397]

In der Senatsvorlage und im Anhang „Sanierungskonzept“ fehlt dagegen jeder Hinweis auf „methodische Einschränkungen“. Der Senat wurde darauf nicht hingewiesen. Die Senatorin als Aufsichtsratsvorsitzende und der Staatsrat müssen jedoch die Präsentation des GeNo-Geschäftsführers und damit auch den Hinweis auf die „methodischen Einschränkungen“ gekannt haben. In der öffentlichen Anhörung sprach die ehemalige Gesundheitssenatorin immer von einem Personalüberhang von 10 Prozent, nicht von 17 Prozent.[398] Das geht offenbar auf die in der Präsentation enthaltene Darstellung der GeNo-Geschäftsführung zurück:

> „GeNo beschäftigt 850-950 VK mehr als Bundesdurchschnitt. Davon sind ca. 700-850 VK unabhängig von Strukturdefizit in KBM (ca. 30-40 Mio. € pro Jahr = 10 % der Personalkosten)“[399]

Nur aus der internen Vorlage für PwC lässt sich überhaupt die vollstätionäre Fallzahl der GeNo für 2008 entnehmen, die Grundlage der Berechnungen, aber in der Senatsvorlage nicht enthalten ist. Die öffentlichen Geschäftsberichte der GeNo enthalten diese Zahl ebenfalls nicht, sondern nur die addierte Fallzahl aus stationären und teilstationären Fällen. Sie enthalten auch keinen Personalbestand in VK, sondern nur in Köpfen. Damit ist auch anhand der Geschäftsberichte eine Überprüfung der Berechnungen, die der Senatsvorlage zugrunde lagen, nicht möglich, ebenso wenig eine Feststellung, wie weit der Personalabbau inzwischen gegangen ist.

Die Senatsvorlage vom Juni 2008 war eine im schlechtesten Sinn politische Vorlage. Sie zielte darauf ab, den angeblichen „Personalüberhang“ maximal hochzurechnen. Eine kritische Überprüfung der Zahlen und Berechnungen, die zu dieser Behauptung führten, sollte der Politik und der Öffentlichkeit dagegen nach Kräften erschwert werden.

Das gilt auch für das zusätzliche Argument der im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höheren Personalkostenquote. Die Krankenhaus-Statistik des Statistischen Bundesamts zählt nur eigenes Personal, das direkt beim Krankenhaus-Träger angestellt ist. Werden Personalleistungen ausgelagert in Servicegesellschaften, zählen sie nicht als Personalbestand und nicht als Personalkosten, sondern als Sachkosten. Dasselbe gilt für Personalleistungen, die als Dienstleistungen bezogen werden, also z.B. in der Form der Leiharbeit. Bundesweit hat sich an Krankenhäusern die Leiharbeitsquote zwischen 2004 und 2009 verfünffacht und betrug 2010 ca. 3 Prozent.[400] Auch Honorarärzte oder von Servicegesellschaften gestelltes Funktions- oder Pflegepersonal fallen aus der Berechnung heraus.

Durch eine höhere Auslagerungsquote sinkt daher der Anteil der Personalkosten, während der Anteil der Sachkosten steigt, auch wenn die Zahl der im Betrieb Arbeitenden sich überhaupt nicht verändert. Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten an sich lässt sich daher überhaupt nicht bewerten. Er muss keineswegs für einen „Personalüberhang“

---

[397] Ebenda, S. 86.
[398] Ingelore Rosenkötter, Protokoll der öffentlichen Anhörung 20-2757, 20-2812
[399] Band 181, S. 86
[400] Christoph Bräutigam u.a.: Das letzte Mittel? Leiharbeit in der Pflege, IAT, Forschung aktuell 10/2010, S. 3, http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2010/fa2010-10.pdf

stehen, sondern kann ebenso ausdrücken, dass der Grad der Auslagerung von Personal in Servicegesellschaften oder Dienstleistungsverhältnisse weniger stark fortgeschritten ist.[401]

Auch dies war der GeNo-Geschäftsführung und dem Beteiligungsmanagement im Gesundheitsressort bekannt und bewusst. So findet sich in der internen Hansen-Präsentation vom August 2008, die PwC zur Verfügung gestellt wurde, der Hinweis zur allgemeinen Kostenentwicklung an deutschen Krankenhäusern 2002-2006:

> „Personalkostenquote 2006: 62,3 % (…)
> Sachkostensteigerung durch Outsourcing von Dienstleistungen“[402]

und der Verantwortliche für das Beteiligungsmanagement im Gesundheitsressort sagte vor dem Ausschuss aus:

> „Nehmen wir einmal eine wichtige Größe, die Personalkostenquote! Die Personalkostenquote hängt natürlich sehr stark davon ab, was outgesourct und was ingesourct ist. Wenn jetzt viele - ich meine, im öffentlichen Bereich ist es nicht so - outgesourct haben, im privaten Bereich hat man extrem niedrige Personalkostenquoten“[403]

Dem Senat als ganzen wurde in der Vorlage jedoch suggeriert, der höhere Personalkostenanteil der GeNo im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt sei ein unmittelbarer Beleg für den „Personalüberhang“ und die Notwendigkeit des massiven Personalabbaus. Es ist kaum anzunehmen, dass dem damaligen Leiter des Beteiligungsmanagements im Gesundheitsressort und dem damaligen Staatsrat nicht bekannt und bewusst war, dass der Senat hier auf einen grundsätzlichen methodischen Einwand hinzuweisen gewesen wäre, durch die das Kernargument des „Personalüberhangs“ prinzipiell in Frage gestellt worden wäre.

Die Liste ließe sich noch fortsetzen. So sind in der Senatsvorlage die höheren Personalkosten durch den Tarifabschluss vollständig und dauerhaft als jährliche Mehrbelastung eingetragen, obwohl die Anhebung des Basisfallwerts diese Kostensteigerung zwar nicht vollständig und erst verzögert aufnimmt, aber eben zumindest teilweise refinanziert.

Der Senatsbeschluss vom 24.06.2008 beruhte somit auf einer Vorlage, die einseitig, tendenziös, unvollständig und verschleiernd war. Sie war ausschließlich darauf gerichtet, den gewünschten Personalabbau im Umfang von 940 VK zu legitimieren. Die Ausführungen der Vorlage zum Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt waren falsch und irreführend. Die Verantwortung dafür trägt die damalige Senatorin für Gesundheit.

Dennoch hätte dies auch dem Senat oder der Staatsräterunde jederzeit auffallen können, denn die Vorlage hätte einfachen Plausibilitätsrechnungen nicht standgehalten, wenn sie denn angestellt worden wären. Es ist schwer verständlich, dass die damalige Gesundheitssenatorin eine derart weitreichende Beschlussvorlage nicht

---

[401] In den Grunddaten des Statistischen Bundesamts wird seit 2009 daher auch die Zahl der „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus“ eigens erfasst. Diese Beschäftigten ohne direkten Arbeitsvertrag mit dem Krankenhaus selbst machen in den Jahren 2009 und 2010 ca. 2 Prozent der im Krankenhaus Arbeitenden aus (in VK). Dabei handelt es sich aber nur um HonorarärzteInnen oder um LeiharbeiterInnen. Personal in Servicegesellschaften ist darin nicht eingeschlossen. Siehe Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2009, Seite 3.

[402] Band 181, S. 79

[403] Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2412

eingehender prüfen ließ oder aber ihr bekannte methodische Probleme dem Senat vorenthielt. In der Senatsvorlage heißt es jedoch unter „Zusammenfassung“ ausdrücklich:

> „Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales trägt das Sanierungskonzept mit seinen Zielsetzungen mit, hält die vorgesehenen Maßnahmen insgesamt für plausibel und schlägt dem Senat insbesondere vor, die grundlegende Orientierung an bundesweit geltenden Standards zu unterstützen.“[404]

Ebenso schwer verständlich ist auch, dass die damalige (und heutige) Finanzsenatorin und ihre Staatsräte diese Vorlage akzeptierten, ohne dass ihnen aufgefallen wäre, dass z.B. ein Personalüberhang von 17 Prozent bei Personalkosten von 325 Mio. Euro nicht mit der Defizitprognose von 10-15 Mio. Euro jährlich zusammenpasst. Auch hierzu vermerkt die Vorlage jedoch: „Die Vorlage ist mit der Senatorin für Finanzen sowie mit der Senatskanzlei abgestimmt.“[405]

Überblick: Entwicklung der GeNo-Kliniken 2004-2011

	Planbetten	Mitarbeiter	Mitarbeiter	Fallzahl stat.	Belegungstage	CM	CMI	Verweildauer	Verweildauer	Auslastung	Erlöse TEUR	Material TEUR	Personal TEUR	Bilanzsumme
2011		(Köpfe)	(VK)	/teilstat										
Mitte	966	2.411	1.635	50.918	277.011	49.467	1,08	5,40		80,60	188.881	78.984	120.894	317.660
Nord	559	906	618	21.369	148.796	17.045	0,96	6,40	14,70	75,60	65.153	18.319	44.025	102.713
Ost	905	1.794	1.221	22.624	314.317	15.617	1,15	7,70	23,30	85,70	118.123	28.287	86.129	144.831
LdW	491	1.292	810	26.958	145.272	32.843	1,32	5,40		82,10	112.627	48.264	59.851	120.468
	2.921	**6.403**	**4.284**	**121.869**	**885.396**	**114.972**	**1,13**				**484.784**	**173.854**	**310.899**	**685.672**
2010														
Mitte	966	2.800	1.869	50.889	277.635	48.774	1,07	5,50		80,76	183.851	69.554	125.393	293.277
Nord	559	870	684	21.883	154.641	16.648	0,93	6,50	14,90	78,70	64.015	15.575	44.416	105.214
Ost	905	1.967	1.351	21.694	308.726	15.175	1,15	7,90	23,50	84,10	113.464	21.849	84.136	147.314
LdW	491	1.410	902	27.230	147.423	32.365	1,30	5,40		83,30	110.859	45.402	60.409	116.822
	2.921	**7.047**	**4.806**	**121.696**	**888.425**	**112.962**	**1,11**				**472.189**	**152.380**	**314.354**	**662.627**
2009														
Mitte	966	2.859	2.063	50.269	271.918	49.076	1,08	5,40		79,10	181.104	67.476	132.091	272.248
Nord	559	891	746	21.997	157.006	16.840	0,94	6,60	14,50	80,00	65.454	15.123	45.999	105.846
Ost	905	2.026	1.471	22.016	315.183	15.736	1,17	8,00	24,00	85,20	113.171	19.602	85.717	151.067
LdW	491	1.448	1.035	26.660	151.805	30.555	1,27	5,70		85,80	104.764	41.265	61.874	117.621
	2.921	**7.224**	**5.315**	**120.942**	**895.912**	**112.207**	**1,08**				**464.493**	**143.466**	**325.681**	**646.782**
2008														
Mitte	1.018	3.173	2.237	50.581	280.383	49.013	1,06	5,50		77,10	173.593			269.829
Nord	559	912	780	22.054	159.991	16.976	0,95	6,80	13,50	81,30	63.731			107.474
Ost	905	2.091	1.532	21.515	316.136	14.901	1,16	8,50	22,80	85,40	104.795			148.244
LdW	491	1.545	1.060	26.357	153.155	30.021	1,27	5,80		86,30	98.939			121.466
	2.973	**7.721**	**5.609**	**120.507**	**909.665**	**110.911**	**1,09**				**441.058**			**647.013**
2007														
Mitte	1.039		2.329	48.915	284.768	47.735	1,03	5,82		77,56	176.655			276.222
Nord	552		800	21.910	165.485	17.260	0,96	7,08	14,04	82,10	63.024			106.300
Ost	895		1.530	21.315	315.421	15.456	1,18	8,72	22,83	87,85	102.042			149.847
LdW	446		1.052	26.090	153.208	29.872	1,27	5,87		94,10	95.707			120.576
	2.932		**5.711**	**118.230**	**918.882**	**110.323**	**1,07**				**437.428**			**652.945**
2006														
Mitte	964		2.318	47.332	277.166	43.174	1,06	6,39		72,60	169.694			272.576
Nord	559		778	20.399	165.361	17.249	1,00	7,90	14,93	79,50	62.258			104.322
Ost	935		1.543	20.904	316.297	14.857	1,17	7,37	30,90	86,30	100.787			139.779
LdW	427		1.005	24.601	143.437	26.784	1,23	6,30		88,70	92.386			126.615
	2.885		**5.644**	**113.236**	**902.261**	**102.064**	**1,11**				**425.125**			**643.292**
2005														
Mitte	1.058	3.428	2.306	41.100	261.207	41.985	1,02	6,36		81,00	169.204			260.843
Nord	597	899	775	20.052	151.282	17.075	0,99	7,78	13,81	75,90	61.165			105.951
Ost	1.122	2.184	1.541	21.549	327.272	15.338	1,17	7,30	28,40	82,20	104.436			144.619
LdW	447	1.230	990	24.124	142.271	26.092	1,22	6,40		84,30	91.030			126.067
	3.224	**7.741**	**5.612**	**106.825**	**882.032**	**100.490**	**1,06**				**425.835**			**637.480**
2004														
Mitte	1.052	3.381	2.370	46.478	292.316	45.536	1,10	6,59		76,20	168.536			261.554
Nord	597	959	822	19.911	173.688	18.413	1,07	8,57	15,87	80,70	62.596			108.897
Ost	1.218	2.063	1.555	21.662	328.112	16.133	1,20	6,73	28,53	78,90	105.379			137.999
LdW	457	1.241	993	24.101	138.815	25.394	1,18	6,35		86,10	89.007			127.755
	3.324	**7.644**	**5.740**	**112.152**	**932.931**	**105.476**	**1,06**				**425.518**			**636.205**

406

[404] Senatsvorlage, Band 147, S. 33

[405] Ebenda, S. 34

[406] Eigene Zusammenstellung, Daten: Geschäftsberichte GeNo, VK seit 2008 ergänzt aus Beteiligungsberichten FHB und Controllingberichten GeNo.

1.3. Entwicklung der Personalbelastung

Sofort nach dem Senatsbeschluss setzte ein erster Schub des Personalabbaus ein, indem befristete Verträge ausliefen und nicht nachbesetzt wurden. Gleichzeitig wurde von der GeNo-Geschäftsführung mit Zustimmung des Aufsichtsrates die private Consultingfirma KPMG mit einer „Personalbedarfsermittlung“ beauftragt, um die global vom Senat verabschiedeten Abbau-Zielzahlen stationsscharf herunterzubrechen. Dabei befasste sich KPMG mit den Dienstarten Pflegedienst (PD), Ärztlicher Dienst (ÄD), Medizinisch-Technischer Dienst (MTD) und Funktionsdienst (FD), andere Dienstarten blieben bei der Betrachtung außen vor.

Die Umsetzung dieses Auftrags verzögerte sich, da es sich als unerwartet schwierig erwies, überhaupt den aktuellen Personalbestand und die Leistungszahlen festzustellen. KPMG legte seinen Bericht 2010 vor, er wurde behandelt in der Aufsichtsratssitzung GeNo am 21.09.2010.[407]

Nach Feststellung von KPMG befand sich die Personalkapazität der 4 Kliniken im Jahresdurchschnitt 2008 bereits unterhalb der von Hansen im „Sanierungskonzept“ definierten Zielzahlen, mit Ausnahme des Ärztlichen Dienstes:

	Zielzahl laut Sanierungs-konzept (Anlage Senats-beschluss 24.06.2008)	Ist-Stand laut KMPG im Jahr 2008
PD	1.789	1.764
ÄD	735	831
MTD/FD	1.247	1.212
Summe	**3.771**	**3.807**

[408]

Bezogen auf die Fallzahl bzw. die gewichtete Fallzahl (Case Mix plus Aufschlag für überdurchschnittliche Zahl teilstationärer Behandlungen) stellten sich die Personalbelastungszahlen (d.h. Fälle pro Vollzeitkraft pro Jahr) für die verschiedenen Dienstarten in der GeNo 2008 damit so dar:

PBZ 2008 GeNo	ÄD	PD	MTD	FD
Nach Fallzahl	121	57	167	166
Nach gewichteter Fz	137	64	188	186

[409]

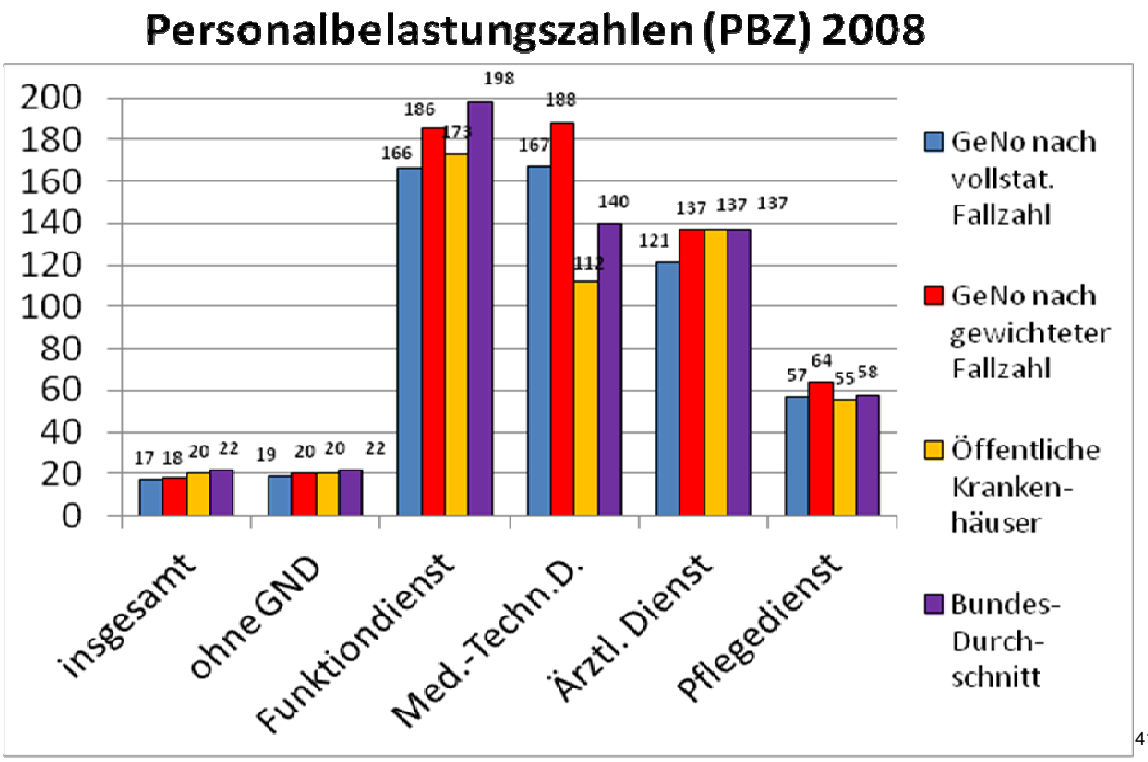
Die Personalbelastungszahlen der GeNo (nach gewichteter Fallzahl) lagen damit 2008 im Pflegedienst um 10,3 % über dem Bundesdurchschnitt, im Medizinisch-Technischen Dienst sogar um 34,3 %. Lediglich im Ärztlichen Dienst und im Funktionsdienst lagen sie auf bzw. leicht unter Bundesniveau.

---

[407] Band 60, S.49

[408] Eigene Zusammenstellung, Daten: Band 147, S. 39; Band 60, S. 78

[409] Eigene Zusammenstellung, PBZ = Fallzahl durch VK, Gewichtete Fallzahl = Casemix + Aufschlag für höhere Anzahl teilstationäre Fälle (s.o. S 154)



410

KPMG empfahl dennoch eine weitere Reduzierung des Personalbestands: Im Pflegebereich um nochmals 9 % (leistungsorientierte Berechnung) bzw. 12 % (erlösorientierte Berechnung).

KPMG: Personal 2008 vs. Leistungsorientierter Personalbedarf

	ÄD		PD		MTD/FD		SUMME	
	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL
KBN	134	125	286	270	163	154	583	549
LdW	190	173	394	378	220	221	804	775
KBM	389	360	788	703	616	549	1794	1612
KBO	117	108	296	256	213	181	627	545
	831	765	1764	1606	1212	1125	3808	3481

411

Laut KPMG sollte die erlösorientierte Berechnung lediglich zur „Plausibilisierung“ der leistungsorientierten Berechnung dienen. Selbstverständlich wurde aber von der GeNo, wie vermutlich von anderen Kliniken auch, die erlösorientierte Berechnung zur Grundlage der weiteren Planung benutzt, da mehr Personal angeblich nicht durch die DRGs refinanziert war.

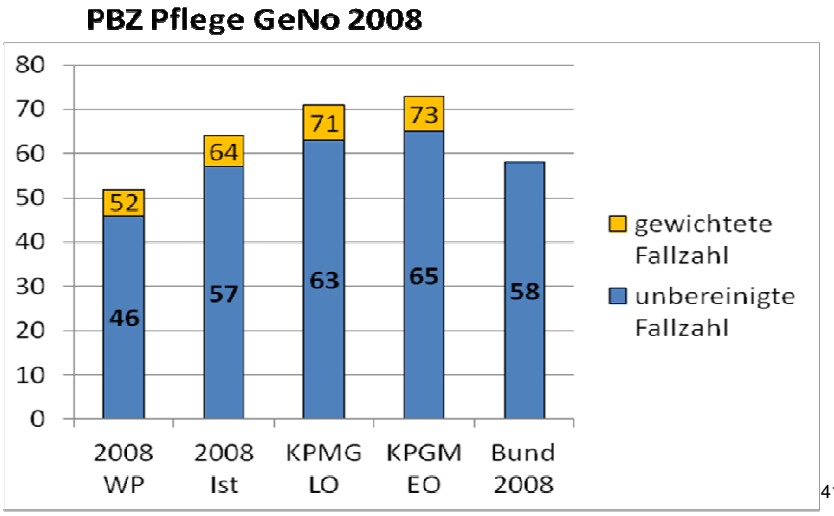
„Die Zielsetzung bis 2015 ist die erlösorientierte Personalbedarfsermittlungsmethode.“[412]

[410] Eigene Grafik. Daten: Statist. Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2008; Band 181 S. 85
[411] Diese und folgende Tabelle: Eigene Grafik, Daten: Band 60, S. 79 bzw. S. 81

KPMG: Personal 2008 vs. Erlösorientierter Personalbedarf

	ÄD		PD		MTD/FD		SUMME	
	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL
KBN	134	117	286	274	163	132	583	523
LdW	190	181	394	353	220	215	804	749
KBM	389	338	788	659	616	447	1794	1442
KBO	117	100	296	261	213	164	627	525
	831	737	1764	1547	1212	956	3808	3239

Die damit einhergehenden Personalbelastungszahlen stellten sich dar wie folgt:



[413]

Die Senatsvorlage und das anhängende Sanierungskonzept enthielten Zielzahlen für die einzelnen Dienstarten (s.o.) nur für die GeNo insgesamt, nicht für die einzelnen Häuser. Sie lassen sich anhand der Fallzahlen aber für das KBM rückrechnen.[414]

	FZ voll/ teilstationär	FZ voll-stationär	FZ gewichtet	Quelle
GeNo 2008	120.507	100.805 (83,7 %)	113.569 (94,2 %)	Geschäftsbericht GeNo 2008
KBM 2008	50.581	ca. 46.239 (rückgerechnet aus CM / CMI)	> 49.658 (CaseMix)	Geschäftsbericht GeNo 2008
KBM 2011	50.458	ca. 45.803 (rückgerechnet aus CM / CMI)	> 49.467 (CaseMix)	Controlling GeNo 2011

[412] Diethelm Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1121

[413] Diese und folgende 2 Grafiken: Eigene Grafik. Daten: Stat. Bundesamt, Grunddaten der KH 2008; Band 181 S. 85; Band 60 S. 79 ff.; Geschäftsbericht GeNo 2008

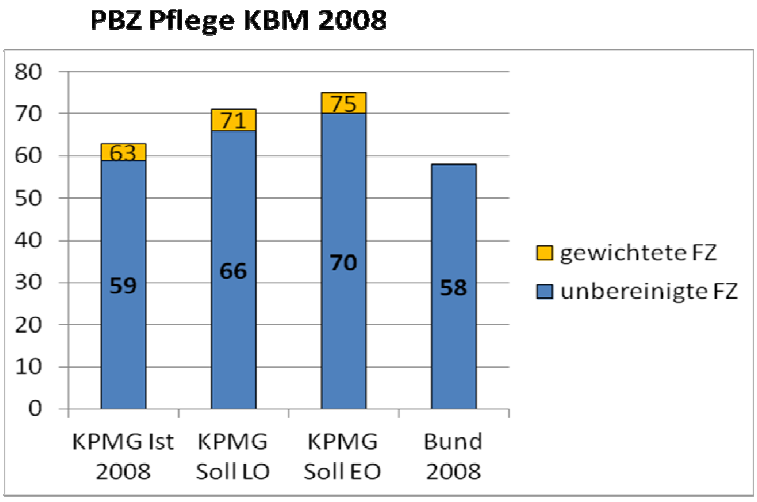
[414] Die Geschäftsberichte der GeNo enthalten für die einzelnen Häuser den Case Mix und den Case-Mix-Index, so dass sich die vollstationären Fallzahlen ermitteln lassen, indem der CM durch den CMI geteilt wird.

Personalzahlen nach Dienstarten liegen für 2011 (stationsgenau) in den internen Aufstellungen zur Wirtschaftsplanung vor.[415] Daraus ergibt sich für das KBM folgender Vergleich zwischen dem Ist 2008, der ursprünglichen Zielzahl der Senatsvorlage, den beiden KPMG-Zielzahlen und dem Ist 2011.

Personal KBM	**ÄD**	**PD**	**MTD**	**FD**	**Gesamt**	**Quelle**
2008 ist laut KPMG	389	788	318	299	1.794	Bd. 60
Zielzahl Senatsvorlage 24.06.2008	309	752	310	213	1.988	Bd. 147
KPMG Zielzahl „leistungsorientiert“	360	703	296	253	1.612	Bd. 60
			559			
KPMG Vergleichszahl „erlösorientiert“	338	659	444		1.442	Bd. 60
2011 ist	355	641	296	264	1.556	Bd. 187
			560			

Der Personalbestand wurde demnach bis 2011 in allen Dienstarten weiter abgesenkt. Im Ärztlichen, Medizinisch-Technischen und im Funktionsdienst befand er sich 2011 etwa auf dem Niveau der „leistungsorientierten“ KPMG-Zielzahlen. Im Pflegedienst lag er dagegen noch unterhalb der „erlösorientierten“ KPMG-Zielzahl.

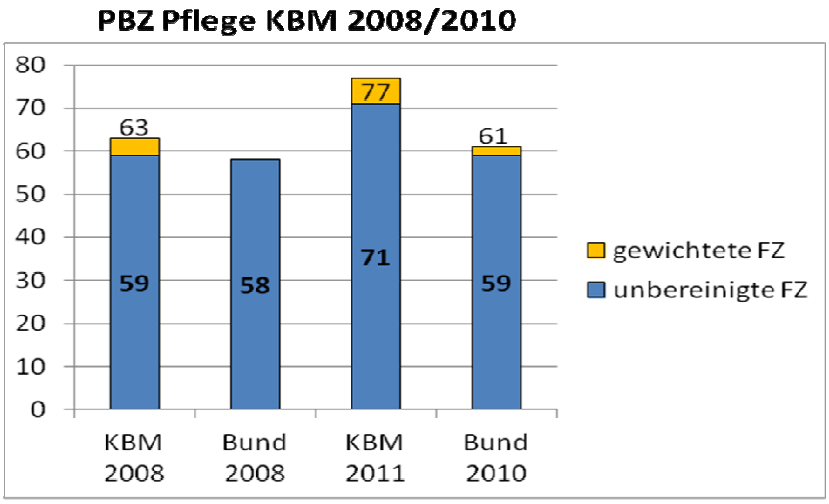
Für das KBM lag die Personalbelastung in der Pflege bereits 2008 über dem Bundesdurchschnitt, sowohl nach gewichteter als auch nach unbereinigter Fallzahl.



Die Überbelastung in der Pflege, die bereits 2008 für das KBM deutlich ist, steigerte sich durch den verschärften Personalabbau dramatisch:

PBZ Pflege KBM	nach Fallzahl	nach gewichteter Fz.
2008	59	63
2011	71	77

[415] Personalkostenbericht 2011, Band 187, S. 43 ff., Pflegedienst S. 48 ff.



2008 lag die Personalbelastung in der Pflege am KBM (nach gewichteter Fallzahl) bereits um 8,6 % über dem Bundesdurchschnitt. 2011 lag sie am KBM dagegen ganze 27 % über dem Bundesdurchschnitt.

Dies widerspricht klar der Aussage des in der Zeit von September 2007 bis Mai 2011 zuständigen Staatsrats für Gesundheit:

> „Die Grundsätze, die wir formuliert haben, lauteten folgendermaßen: erstens, kein Anstreben eines Personalabbaus, und zwar nicht insgesamt, sondern überall, unter den geltenden bundesdeutschen Durchschnitt. Wir wollen nicht weniger Personal haben - auf keiner Station -, als es im bundesdeutschen Durchschnitt der Fall ist. Das war die erste Maßgabe. Die zweite Maßgabe lautet: Der gesamte Sanierungsprozess der GeNo darf nicht zulasten der Qualität der Versorgung gehen. Das waren die beiden von uns formulierten Maßgaben. Diese waren allgemein bekannt. Ich habe sie öffentlich und nicht öffentlich, auch in den Aufsichtsratssitzungen, immer wieder wiederholt. An einer Gültigkeit dieser Grundsätze kann es keinen Zweifel, bei niemandem, gegeben habe.“[416]

Das Missverhältnis zwischen der Aussage „nicht weniger Personal – auf keiner Station – als es im bundesdeutschen Durchschnitt der Fall ist“ und der Realität des KBM ist krass. Es lässt sich nicht auf fehlende Informationen zurückführen. Erinnert sei an die bereits zitierte Aussage des Staatsrats, er habe in jeder Aufsichtsratssitzung die Entwicklung der Personalbestände für jedes Krankenhaus und für die einzelnen Abteilungen „detailliert dargelegt“ und „mit den jeweiligen Jahreszielen verglichen“ bekommen.[417]

Auch im Konzernbetriebsrat wurde wiederholt deutlich gemacht von der Arbeitnehmerseite, dass der Personalabbau vorangetrieben wurde, ohne die Folgen zu bilanzieren und wenigstens bei den offensichtlichsten Engpässen gegenzusteuern.

> „Marianne Carl sagt, dass sie beim Personalabbau 2008 von der GF erwartet habe, dass es ein Konzept zur Abfederung gibt. Gab es nicht. Jetzt gibt es weiteren Personalabbau.“[418]

---

[416] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4893
[417] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2634
[418] Monatsgespräche KBR mit GF GeNo, Januar 2010, TOP 10 Stellenbesetzungsverfahren, Band 184, S. 58

1.4. Selbstfinanzierung des Krankenhaus-Neubaus

Dass die GeNo-Leitung den Personalbestand weit unter den Bundesdurchschnitt steuerte, ist nicht überraschend. Es ist das Ergebnis der zentralen Vorgabe, die der Senat in seinem Beschluss am 24.06.2008 und die GeNo-Geschäftsführung im beigefügten Sanierungskonzept machten: Die hundertprozentige Selbstfinanzierung des Neubaus Mitte aus den laufenden Betriebskosten der GeNo. Der Businessplan, der in der Senatsvorlage nicht beigefügt wurde, sondern nur in den Unterlagen für PwC enthalten war, war so kalkuliert, dass diese Vorgabe erreicht werden sollte.

Businessplan GeNo, Hansen 2008

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EBIT-DA	5.247	448	9.136	14.336	17.697	21.865	26.721	29.637
Abschreibungen	-4.485	-5.090	-5.040	-5.066	-5.093	-14.119	-14.146	-14.173
EBIT	762	-4.642	4.096	9.270	12.605	7.746	12.574	15.464
Finanzergebnis	-2.395	-2.395	-3.664	-3.677	-12.490	-13.590	-13.590	-13.590
EBT	-1.633	-7.037	432	5.593	115	-5.843	-1.015	1.874

[419]

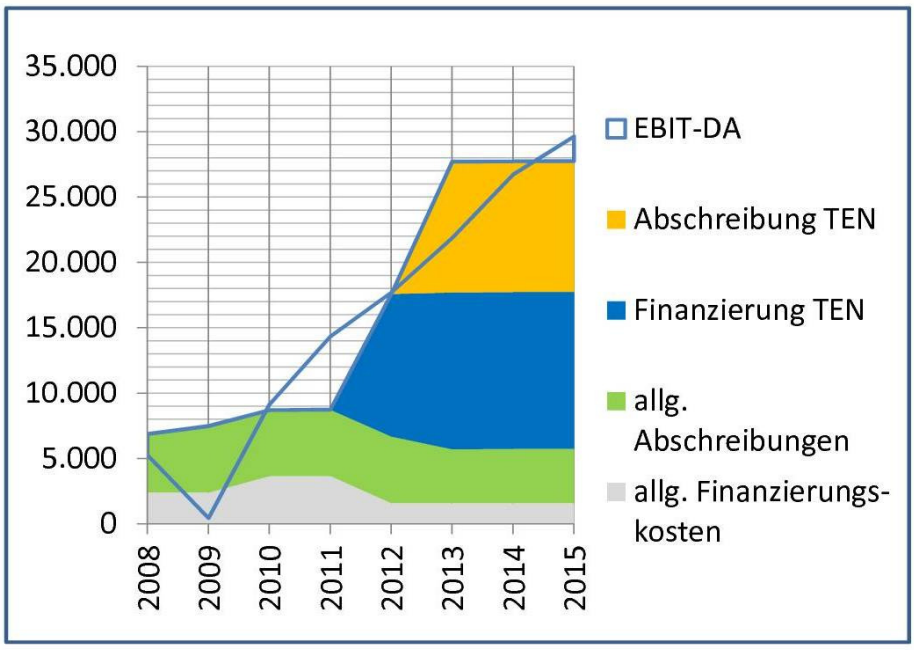
EBIT-DA ist der Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen („earnings before interest, taxis, depreciation and amortization“). EBIT ist der Gewinn vor Zinsen und Steuern, EBT der Gewinn vor Steuern. Der Businessplan zeigt, dass das Betriebsergebnis (Einnahmen/ Ausgaben) auf ein Plus von 30 Mio. Euro jährlich hochgetrieben werden sollte, damit Abschreibungen in Höhe von 14 Mio. Euro und Kapitaldienst in Höhe von 13 Mio. Euro darin Platz hatten. Diese beinhalteten 12 Mio. Euro jährliche Kapitalkosten, d.h. Zinsen, für die Finanzierung des Neubaus sowie 10 Mio. Euro jährliche Abschreibungen ab dem Zeitpunkt der Baufertigstellung.[420] Eine Tilgung war bis auf weiteres nicht vorgesehen.[421]

---

[419] Eigene Grafik, Daten: Businessplan neu Gesundheit Nord 2008-2015, in: Teilersatzneubau am Klinikum Bremen Mitte, Vertrauliche Informationen für PwC, Hansen 11.08.2008, Band 118, S. 112

[420] Vertrauliche Informationen für PwC, Hansen 11.08.2008, Band 118, S. 117

[421] Dieser Punkt im Hansen-Plan ist schwer verständlich. Nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) § 5 Abs. 3 sind öffentliche Fördermittel erfolgsneutral darzustellen, d.h. sie werden in gleicher Höhe abgeschrieben, siehe Steffen Fleßa: Gesundheitsmanagement IV-2, Universität Greifswald, http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=abschreibung+tilgung+khg&source=web&cd=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.rsf.uni-greifswald.de%2Ffileadmin%2Fmediapool%2Flehrstuehle%2Fflessa%2FGM_IV__Teil_2_01.ppt&ei=8FexULvgMcvWsgbh0YGADQ&usg=AFQjCNFSCDTlzSYAsTQCywQ4uTUnE742HA&cad=rja; Frank Havighorst: Jahresabschluss von Krankenhäusern, 2004, http://www.boeckler.de/pdf/p_edition_hbs_114.pdf. Bei einem kreditfinanzierten Erwerb aus Eigenmitteln wird normalerweise der Vermögenszuwachs in Höhe der Tilgung abgeschrieben, ist also auch erfolgsneutral (die Zinsen müssen allerdings erwirtschaftet werden). Welchen Vorteil es bringen



[422]

Die Grafik veranschaulicht, wie die geplante Entwicklung des Betriebsergebnisses den TEN-Finanzierungskosten angepasst war. Die Planung des Personalabbaus folgte primär dieser Logik, durch sie die TEN-Kosten zu finanzieren.

Damit wiederholte sich, was schon im Untersuchungsausschuss „Klinikverbund“ 2006 kritisiert worden war: Personalabbauplanungen ohne Umsetzungskonzept, die aus Finanzplanungsvorgaben abgeleitet sind.

> „Der Zeuge Prangenberg hat als wirtschaftlicher Sachverständiger des Betriebsrates des KBM Fragen zur wirtschaftlichen Umsetzung des Masterplans untersucht. Zu dem angestrebten Personalabbau hat er angegeben, dass dieser rechnerisch aufgrund von Benchmark hergeleitet worden sei. Es handelt sich damit um eine reine Personalkostenzielplanung, die rechnerisch ermittelt wurde. Nach seinen Angaben habe man damit nur abgebildet, wie viel Personalkosteneinsparung ökonomisch erforderlich ist. Nach seiner Ansicht sei es die offene Flanke in der Umsetzung des Masterplans, dass kein Personalkonzept vorliegen würde (…)“[423]

1.5. Verweigerung der Krankenhaus-Investitionen des Landes

Bereits vor 2007 fiel in der senatorischen Behörde die Entscheidung, für den Neubau des Klinikums Mitte keine öffentliche Förderung nach dem KHG bereitzustellen.

> „Zur Finanzierung war das KBM zuvor noch von einem öffentlichen Investitionszuschuss von 92 Mio. Euro ausgegangen, der Gegenstand von Überlegungen in der senatorischen Behörde gewesen war. Im mittel- und langfristigen Investitionsplan für die Krankenhäuser in Bremen war dann jedoch nicht vorgesehen, in dieser Größenordnung einen Neubau des KBM zu finanzieren, und es wurde aus der Behörde des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auch deutlich gemacht, dass

---

soll, nur Abschreibungen zu erwirtschaften anstatt zu tilgen (und die Abschreibungen durch den Vermögenszuwachs auszugleichen), erschließt sich aus den Informationen für PwC nicht.

[422] Eigene Grafik, Daten: Band 118, S. 117

[423] Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“, S. 109

> Haushaltsmittel für einen Neubau des KBM nicht zur Verfügung stehen würden. Ein formeller Antrag auf Haushaltsmittel wurde nicht gestellt.“[424]

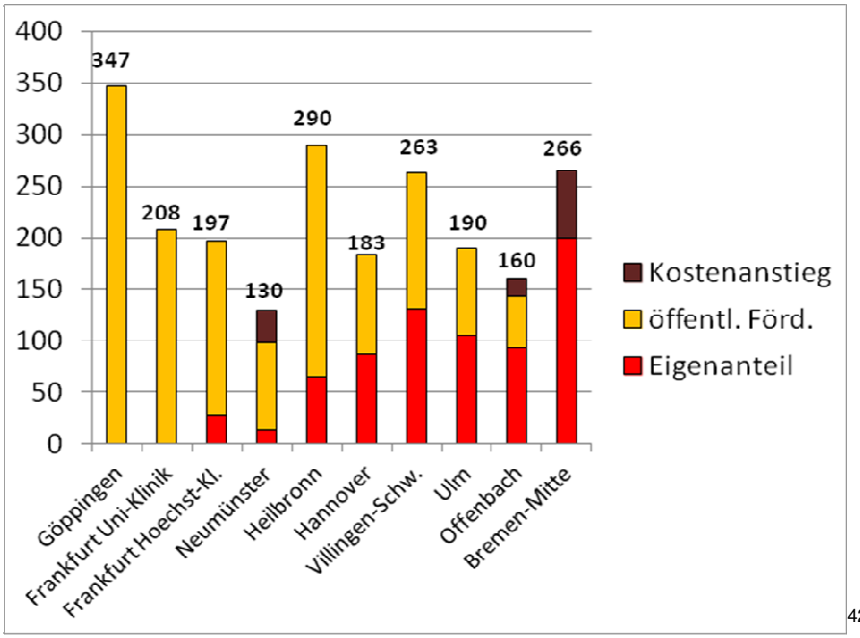
Der Senat hat bis heute unmissverständlich klargemacht, dass sich an seiner Haltung, den Neubau Mitte nicht öffentlich zu finanzieren und sich nicht einmal öffentlich zu beteiligen, nichts geändert hat. Dies steht in klarem Widerspruch zum Krankenhausgesetz (KHG), das ebenso unmissverständlich feststellt:

> „Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden (…) Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind (…) Die Länder fördern auf Antrag des Krankenhausträgers Investitionskosten, die entstehen insbesondere für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern (…) Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.“[425]

Aufgrund des zunehmenden Haushaltsnotstands machen viele Bundesländer immer öfter von der Möglichkeit Gebrauch, nur für einen Teil der Investitionskosten aufzukommen.

> „Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren (…)“[426]

Beispielhafte Krankenhaus-Neubauten: Gesamtkosten und Eigenanteil



[427]

[424] Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“, S. 104
[425] Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung vom 21.07.2012, § 4, 8 und 9, http://www.gesetze-im-internet.de/khg/
[426] KHG § 8 Abs. 1 Satz 2
[427] Eigene Grafik, Daten: siehe Tabelle folgende Seite

Wie die folgende Aufstellung zeigt, liegt der Eigenfinanzierungsanteil bei jüngeren Neubauprojekten bereits bei etwa einem Drittel. Mit einem öffentlichen Finanzierungsanteil von null Prozent steht der KBM-Neubau jedoch allein da.

Krankenhaus-Neubauten und Finanzierungsanteile – jüngere Beispiele[428]

	Gesamt	Land	Kreis	Kom-mune	Klinik	Eigen-anteil	Anmerkungen
Göppingen	347 Mio.	173,5 Mio.	173,5 Mio.		-	-	
Heilbronn	290 Mio.	137 Mio.	65 Mio.	23 Mio.	65 Mio.	22 %	
Villingen-Schwenningen	263 Mio.	102 Mio.	-	20 Mio.*	131 Mio.	50 %	*)„Gesellschafter-zuschuss“ = Kommune
Bremen-Mitte	200 Mio..	-	-	-	200 Mio.	100 %	266 Mio. lt. Senatsvorlage 17.07.12
Uniklinik Frankfurt	208 Mio.	208 Mio.	-	-	-	-	Aus Hochschul-Inv.programm HEUREKA
Hoechst-Klinik Frankfurt	197 Mio.	51 Mio.	-	119 Mio.	27 Mio.	14 %	kommunale Klinik trotz Name
Ulm Chirurgie	190 Mio.	85 Mio.	-	-	105 Mio.	55 %	Uniklinik
Hannover-Mitte	183 Mio.	96 Mio.	-	-	87 Mio.	48 %	KHR-Verbund
Offenbach	143 Mio.	50 Mio.	-	-	93 Mio.	65 %	Kostenanstieg auf 160 Mio.
Neumünster	98 Mio.	84 Mio.	-	-	14 Mio.	14 %	Kostenanstieg auf 130 Mio.
Summe	2.119 M	986,5 M	238,5 M	162 Mio.	722 Mio.	34 %	ohne KBM: 27 %

Die kommunale Klinik in Offenbach, die mit einem Eigenanteil von 65 % den zweiten Platz belegt, ist daran bereits gescheitert. Die Illusion, den Neubau überwiegend aus dem laufenden Betrieb finanzieren und dafür 17 Mio. jährlichen Kapitaldienst aufbringen zu können, wird inzwischen bereits als „Geburtsfehler“ des Neubaus bezeichnet.[429] Der Neubau wurde massiv unterplant und wies nach Inbetriebnahme 8.330 bauliche Mängel auf.[430] Nachdem das operative Defizit sich 2011 auf 42 Mio. Euro jährlich belief[431], wurde ein von

[428] Die Zahlen wie auch die Auswahl beruhen auf im Internet zugänglichen Presseberichten und Darstellungen der Kliniken. Die Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die gefundenen Beispiele wurden allerdings ohne Auswahl vollständig in die Tabelle aufgenommen.
[429] Offenbacher Klinikum: „Gab keinen Geburtsfehler“, RP 20.10.2011, http://www.op-online.de/nachrichten/offenbach/klinikum-offenbach-misere-hermann-schoppe-1454004.html
[430] Keine Klodeckel, bröckelnder Putz – 8330 Mängel im Klinik-Neubau, Mainecho 28.09.2010, http://mainecho.fidion.de/nachrichten/regionalenachrichten/hessenr/art11995,1363882
[431] RP 20.10.2011

Vivantes geholter Krisenverwalter eingesetzt und in einem „Markterkundungsverfahren“ nach einem Käufer gesucht. Inzwischen hat das Stadtparlament das „Markterkundungsverfahren“ gestoppt, das vor allem private Beraterfirmen ein gutes Geschäft war, die dafür 767.000 Euro Beraterhonorare kassiert haben.[432] Derzeit läuft ein Bürgerbegehren gegen eine Privatisierung.[433]

Neubau Klinikum Offenbach am Main[434]

Die öffentliche Bürgschaft des Landes Bremen für den Neubau-Kredit ändert an der 100%igen Selbstfinanzierung nichts und ist daher auch keine Alternative zur öffentlichen Förderung.

> „Deshalb war die Notwendigkeit da, eine Alternative zu suchen, und diese Alternative lautete in diesem Fall Selbstfinanzierung, Absicherung der Selbstfinanzierung mit den entsprechenden Krediten und Absicherung der entsprechenden Kredite mit der entsprechenden öffentlichen Bürgschaft. Dies haben wir im Übrigen auch allen anderen Krankenhäusern angeboten, es ist ja keine spezifische GeNo-Lösung, von diesem System der Finanzierung kann jedes Bremer Krankenhaus Gebrauch machen. Im Übrigen waren wir gar nicht die Ersten, die das in der Bundesrepublik gemacht haben, sondern Nordrhein-Westfalen, damals noch unter der Rüttgers-Regierung, hat den Weg vor uns beschritten. Inzwischen beschreiten viele andere den Weg mit uns.“[435]

Diese Darstellung des ehemaligen Staatsrats verschweigt, dass Darlehensförderung in anderen Bundesländern mit der tatsächlichen Übernahme der Finanzierungskosten durch das Land einhergeht.

> „Die deutliche Verringerung des Haushaltsansatzes im Jahr 2002 ist durch eine Umstellung der Finanzierung der Einzelförderung auf Darlehensbasis verursacht. Seitdem nimmt der Krankenhausträger die vom Land bewilligten Investitionszuschüsse als Darlehen auf; Zinsen und Tilgung trägt das Land.“[436]

---

[432] Klinikum Offenbach – Den Stecker gezogen, OP 13.10.2012, http://www.op-online.de/nachrichten/offenbach/klinikum-offenbach-stecker-gezogen-2545509.html

[433] Klinikum Offenbach – Verkaufsverfahren von Piraten torpediert, OP 24.11.2012 http://www.op-online.de/nachrichten/offenbach/klinikum-offenbach-piraten-verkauf-2634824.html

[434] Wikicommons, Foto: ChristosV, 2010

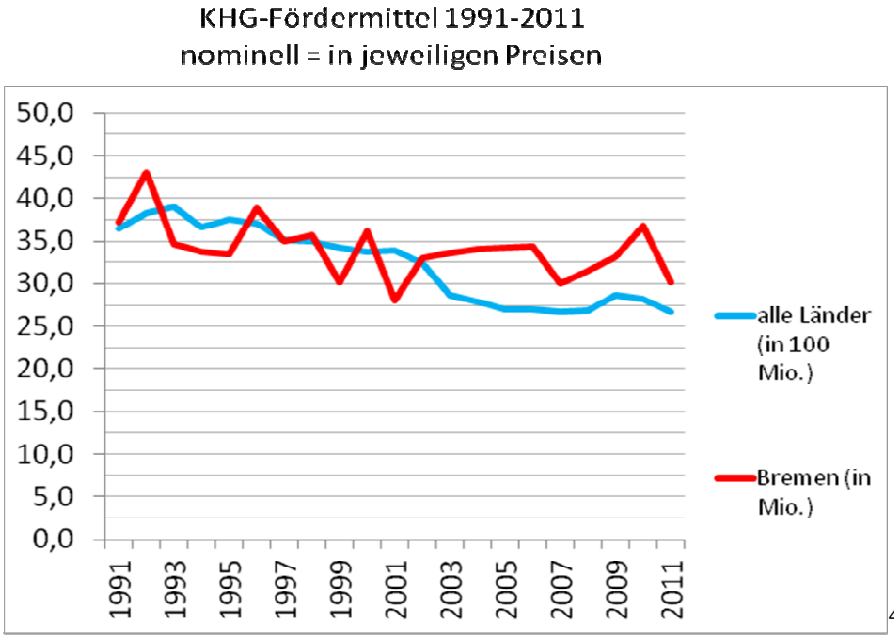
[435] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2629

[436] Landesrechnungshof Schleswig-Holstein, Bemerkungen 2005, Krankenhausfinanzierung nach dem KHG, S. 258, http://www.landesrechnungshof-sh.de/index.php?getfile=28krankenhaus.pdf

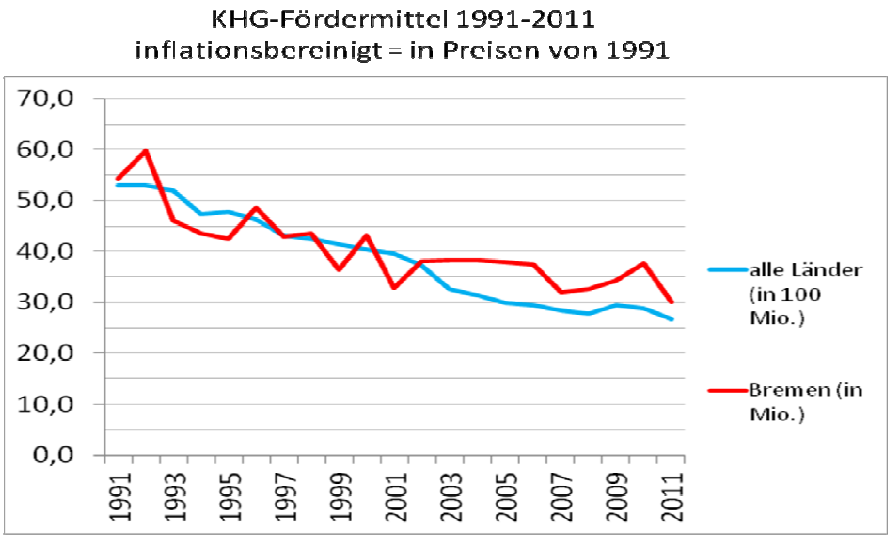
Entwicklung der Krankenhaus-Investitionen

Die Fördermittel der Länder nach KHG haben bundesweit massiv abgenommen. Inflationsbereinigt haben sie sich seit 1991 etwa halbiert.

Mit Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen und Niedersachsen gibt es lediglich vier Bundesländer, deren KHG-Fördermittel 2011 höher liegen als 1991. Inflationsbereinigt gibt es kein Bundesland, das nicht einen deutlichen Rückgang der Förderung nach KHG aufweist.



[437]



In den Zahlen der DKG-Umfrage sind allerdings nicht alle öffentlichen Fördermittel enthalten. Wie aus der Tabelle zu den Neubaufinanzierungen zu ersehen ist, setzen einige Bundesländer für die Universitätskliniken auch Mittel aus Hochschulinvestitionsprogrammen ein. In vielen Fällen beteiligen sich Kommunen über ihren Finanzierungsanteil nach den KHG-Ausführungsgesetzen der Länder hinaus an der Krankenhausfinanzierung, mit

[437] Beide Grafiken: Eigene Grafik, Daten: DKG: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundeländern, Stand Juli 2012, S. 95; jährliche Inflationsraten: Statistisches Bundesamt

zusätzlichen kommunalen Mitteln oder mit Gesellschafterzuschüssen bei kommunalen Krankenhäusern. Da beides in Bremen nicht der Fall ist, ist davon auszugehen, dass die Daten die öffentliche Finanzierungsleistung Bremens zu günstig darstellen. Den Bedarf nach einer Erhöhung der KHG-Mittel des Landes hat auch die Senatorin in der Anhörung unterstrichen.

> „Was wollen Sie mir damit sagen? Dass ich mehr fordern soll? Das habe ich auch, aber es war nicht mehr drin! Ich bin bei dieser Haushaltsverhandlung froh gewesen, dass wir die Kürzung, die ursprünglich angedacht war, nicht hinnehmen mussten, sondern es bei der konstanten Summe aus dem letzten Jahr – da gab es aber, glaube ich, noch das Konjunkturprogramm, aber das weiß ich jetzt nicht genau – von 28 Millionen Euro geblieben ist. Es war ursprünglich ein bisschen was anderes angedacht. Insofern habe ich das schon als einen gewissen Erfolg gesehen.“[438]

Als besonders kritisch ist zu sehen, dass die Doppelfunktion der öffentlichen Hand gegenüber den kommunalen Kliniken sich hier besonders nachteilig auswirkt. Einerseits bewilligt der Senat das Krankenhausinvestitionsprogramm des Landes und hat ein Interesse, die Haushaltsbelastung durch Begrenzung der Investitionsförderung niedrig zu halten. Andererseits vertritt der Senat die Kommune als Eigentümer der kommunalen Kliniken und hat die Möglichkeit, diesen einen Verzicht auf Finanzierungsanträge nach dem KHG zu diktieren.

1.6. Sanierung als „Schock-Strategie“

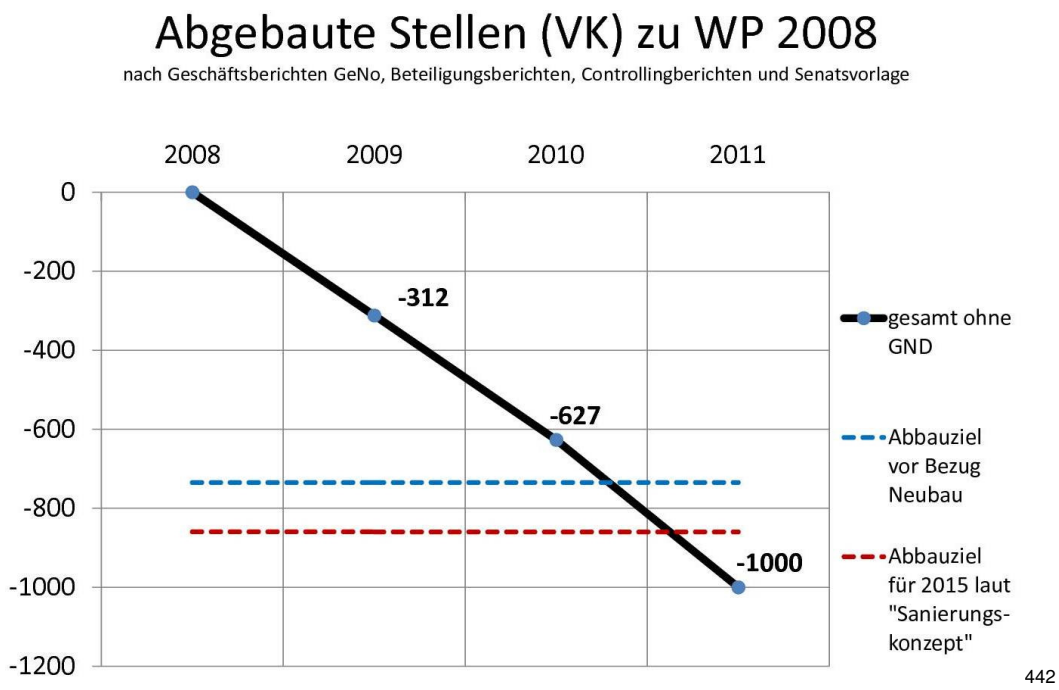
Selbst im ursprünglichen Hansen-Plan wurde eingeräumt, dass „100-150 VK“ für die „Strukturdefizite KBM“ zu veranschlagen seien, d.h. als Mehrbedarf für die Pavillonbauweise und die dadurch bedingten großen räumlichen Entfernungen.[439] Auch nach der eigenen Logik der „Sanierung“ hätten daher bis zur Inbetriebnahme des Neubaus nicht 860, sondern nur ca. 730-740 VK abgebaut werden dürfen, ohne dass es zu einer Unterversorgung kam. In der Realität spielte dies keinerlei Rolle.

Abgebaut wurde so schnell wie möglich und vorrangig bei der Pflege. MitarbeiterInnen wurden faktisch dafür bezahlt, dass sie gingen.

> „Im Rahmen des Personalabbaus, der ja nicht über betriebsbedingte Kündigungen, sondern im Wesentlichen über Fluktuation erfolgte, aber auch darüber, dass man Mitarbeiter ermutigte, den Arbeitgeber zu wechseln, also statt der GeNo einen anderen zu finden, hat es eine ganze Reihe jüngerer Mitarbeiter gegeben, die die GeNo verlassen haben.“[440]

> „Wir haben versucht, zum Beispiel mit einem finanziellen Anreizsystem die vorzeitige Beendigung des Arbeitsvertrags zum damaligen Zeitpunkt attraktiver zu machen.“[441]

[438] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4625
[439] Vertrauliche Informationen für PwC, Hansen 11.08.2009, Band 118, S. 86
[440] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2692
[441] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4900



[442]

Das Tempo des Personalabbaus führte zu zusätzlichen Problemen, etwa zur Überalterung und zur Dequalifizierung.

> „Es ist ja ein Dilemma gewesen, finde ich, dass bei der Umsetzung des Modells der GeNo mit der Pflege begonnen wurde. Das hat Herr Hansen selbst zugegeben. Es ist deswegen mit der Pflege angefangen worden, weil dort die höchste Fluktuation ist. Man hätte natürlich eigentlich vom Inhalt her mit der Verwaltung anfangen müssen, ganz klar. Dort haben sie aber ihre Stellen am längsten, und es ist am schwierigsten, dort einzusparen. Also ist mit der Pflege angefangen worden und dann mit den Ärzten. Es ist patientenseitig gekürzt worden, das ist falsch.“[443]

> „Es gab ja ein Grundproblem bei der zuerst stattfindenden Verknappung im Bereich Pflege. Da gab es einen Beschluss, der ein politischer Beschluss war, so habe ich das verstanden, sowohl von der Politik als auch von Personalräten, ich sage jetzt einmal ein bisschen überspitzt: Die Alten und Kranken bleiben, und die Jungen können gehen oder wechseln. Das hat dazu geführt, dass relativ rasch ein enormer Mangel an spezialisiert Ausgebildeten und Motivierten entstanden ist. Ich fand diesen Beschluss damals, zumindest in der apodiktischen Form, verkehrt, was die Kinder betrifft. Wir betreuen ja Kinder. Es geht ja nicht in erster Linie darum, dass man da sagt, wie die Arbeitsplätze sind, es geht schon um die Kinderbetreuung. Im Bereich der Neonatologie hat sich das besonders stark ausgeprägt, weil es ja auch so ein Ausbildungscurriculum gibt, das lange Zeit mit den anderen Krankenhäusern hier im Norden gemacht worden ist, um Intensiv- und Neonatologieschwestern auszubilden. Das ist verzögert worden, und sie sind dann weggegangen. Es sind praktisch Kräfte abgezogen worden, weil durch die Verminderung der Pflegezeiten die Spezialisierten weggegangen sind, das war in fast allen Bereichen so. Das war der Fehler.“[444]

---

[442] Eigene Grafik, Daten: Geschäftsberichte GeNo, Beteiligungsberichte FHB, Controllingberichte GeNo, Band 118 S. 86

[443] Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1691

[444] Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1665

Diese Entwicklungen wurden von der GeNo-Geschäftsführung bewusst in Kauf genommen und als unvermeidlicher Bestandteil der Sanierung angesehen.

> „Ich darf noch einmal aus diesem Senatsbeschlusspapier zitieren. Dort steht schon wörtlich, es werden junge Mitarbeiter gehen, es wird zu einer ungünstigen Alterspyramide über Jahre führen in der Belegschaft der Kliniken, und es steht dort auch, dass das in den nächsten Jahren sehr schwer für die Kliniken werden wird. Das ist dort so formuliert.“[445]

> „Der Krankenstand ist im Jahr 2011 gegenüber den Vorjahren angestiegen, das ist so. Ich darf aber dazu sagen, das ist leider in kommunalen Krankenhäusern, die einen solchen schwierigen Sanierungsweg machen müssen, normal - das war in Berlin bei Vivantes nicht anders -, dass in den Folgejahren der Sanierung, im dritten, vierten Jahr der Krankenstand erfahrungsgemäß ansteigt. Wenn solch eine Sanierung, sage ich einmal, auf einem Level angekommen ist, dass kein weiterer Personalabbau stattfindet, dann dauert es in der Regel zwei, drei Jahre, bis die Krankheitsquote sich wieder auf das durchschnittliche Maß normalisiert. Das ist leider ein häufig gesehener Effekt.“[446]

Nach Einschätzung des Betriebsrats war das häufig vorgetragene Argument, man wolle ja einstellen, finde aber kein ausgebildetes Personal auf dem Markt, lediglich vorgeschoben.

> „Eines unserer Lieblingsthemen ist, dass trotz der Stelleneinsparungen, die schon erfolgt sind, im Bereich der Pflege in Mitte im Durchschnitt in den letzten zwei Jahren 20 bis 30 Stellen in der Pflege nicht besetzt waren, weil man in einem anderen Bereich nicht abbauen konnte. Wir haben immer den Verdacht geäußert, dass das nicht daran lag, dass kein Personal zu bekommen war. Sicherlich ist die eine oder andere Fachkraft schwer zu bekommen, aber in einer Größenordnung von 20 bis 30 VK, die nicht besetzt sind, und dann noch die Aussage, dass nach der Ausbildung nur die Auszubildenden übernommen werden, die mindestens die Note „befriedigend“ haben, aber nicht diejenigen, die bestanden und nur die Note „ausreichend“ haben, lässt uns doch zu dem Verdacht kommen, dass hier bewusst gespart wird, dass die Pflege das Sparschwein ist, weil eben andere Berufsgruppen nicht entsprechend der Vorgaben abgebaut haben können. Das haben wir in allen Gremien problematisiert, im Aufsichtsrat, im Betriebsrat, im Konzernbetriebsrat, im Lenkungsausschuss Sanierung.“[447]

Ausgebildetes Personal konnte auch deshalb nicht gewonnen werden, weil Stellen nur befristet ausgeschrieben wurden. Darauf wurde im Konzernbetriebsrat von der Arbeitnehmerseite immer wieder hingewiesen. So wurde am 14.12.2009 ausführlich das Thema „Personalakquise im Pflegebereich“ diskutiert.

> „Roman Fabian sagt dazu, dass die Problematik, OP-Fachpersonal zu finden, nichts Neues ist. Die Frage ist, warum die KollegInnen wechseln. Außerdem muss es möglich sein wieder extern und unbefristet auszuschreiben. Leiharbeitskräfte sind wenig attraktiv und nicht das was man sich wünscht.“[448]

Ein Jahr später hatte sich an der Problematik nichts geändert.

---

[445] Diethelm Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1097 f.
[446] Diethelm Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1131
[447] Thomas Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Anhörung 18-2569
[448] Monatsgespräche Konzernbetriebsrat mit GF GeNo, Dezember 2009, TOP 12 Personalakquise im Pflegebereich, Band 184, S. 48

> „Sebastian Wriedt schildert das Problem der hohen Fluktuation (…) Es sieht so aus, als wenn nicht mehr als vor ein paar Jahren getan wird. Die Stellenausschreibungen sind besser geworden, aber noch nicht gut genug. Er vermisst Aktivitäten um Personal zu bekommen, und um es auch zu halten (…) Roman Fabian weist auf die befristeten Einstellungen von OTAs hin. Gerade in diesem Bereich werden KollegInnen gesucht, hier sollte unbefristet ausgeschrieben werden.“[449]

Eines der „10 Projekte“, mit denen der Aufsichtsrat die „weitere Anpassung des Personalbestands“ begleiten wollte, war die „Untersuchung und Begrenzung der Zahl, Dauer und Häufigkeit von Kommissionen, Gremien und Besprechungen.“[450] Die Hygienekommission war dabei schon mit gutem Beispiel vorangegangen und tagte seit 4.12.2008 nur noch zweimal jährlich.[451]

Das überstürzte Tempo der Sanierung war auch Ausdruck der Überzeugung der GeNo-Geschäftsführung, das Zeitfenster nutzen zu müssen, in dem in Politik, Öffentlichkeit und Teilen der MitarbeiterInnenvertretung die Bereitschaft bestand, einen solchen Kurs mitzutragen. In den Unterlagen für PwC klagt Hansen über die Unbeweglichkeit der zurückliegenden Jahre.

„Seit Jahren folgende Diskussionen:

- Personalabbau nur durch ‚Masterplan‘ möglich (…)
- Die Holding ist nur ein teurer Wasserkopf
- Das Personal ist bereits an der Leistungsgrenze
- Es ist ein politisches Problem
- Pensionsverpflichtungen sind schuld
- Krankenhausfinanzierung ist schuld“[452]

Die Unsicherheiten der Umstellung auf das DRG-System und die schlechten GeNo-Jahresabschlüsse 2006 und 2007 (in denen sich, zumindest in 2006, nicht zuletzt auch die Kosten des betrügerischen Agierens des kaufmännischen Geschäftsführers Bremen-Ost, Lindner, niederschlugen)[453] boten nach Auffassung mindestens der GeNo-Geschäftsführung die Chance, diese Unbeweglichkeit zu zerschlagen. Das Tempo der Sanierung und des Personalabbaus, die Inszenierung als Schock-Strategie, war insofern auch Selbstzweck.

> „Schockierte Gesellschaften (geben) oft Dinge auf, die sie ansonsten vehement verteidigen würden (…) Die Anhänger der Schock-Strategie sind davon überzeugt, dass nur ein großer Umbruch (…) ihnen die riesige saubere Leinwand liefern kann, nach der sie sich sehnen.“[454]

---

[449] Monatsgespräche Konzernbetriebsrat mit GF GeNo, September 2010, TOP 6 Einstellungskorridor ergänzt um das Thema Personalakquise und Personalentwicklung, Band 184, S. 113

[450] Ergebnisse der Personalbedarfsermittlung (KPMG), Vorlage für die AR-Sitzung GeNo 21.09.2009, Band 60, S. 50

[451] Protokoll der Hygienekommission vom 4.12.2008, Band 24, S. 461

[452] Vertrauliche Informationen für PwC, Hansen 11.08.2008, Band 118, S. 90

[453] Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses “Klinikverbund”, S. 12

[454] Naomi Klein, Die Schock-Strategie, Frankfurt/Main 2007, S. 32 und 37

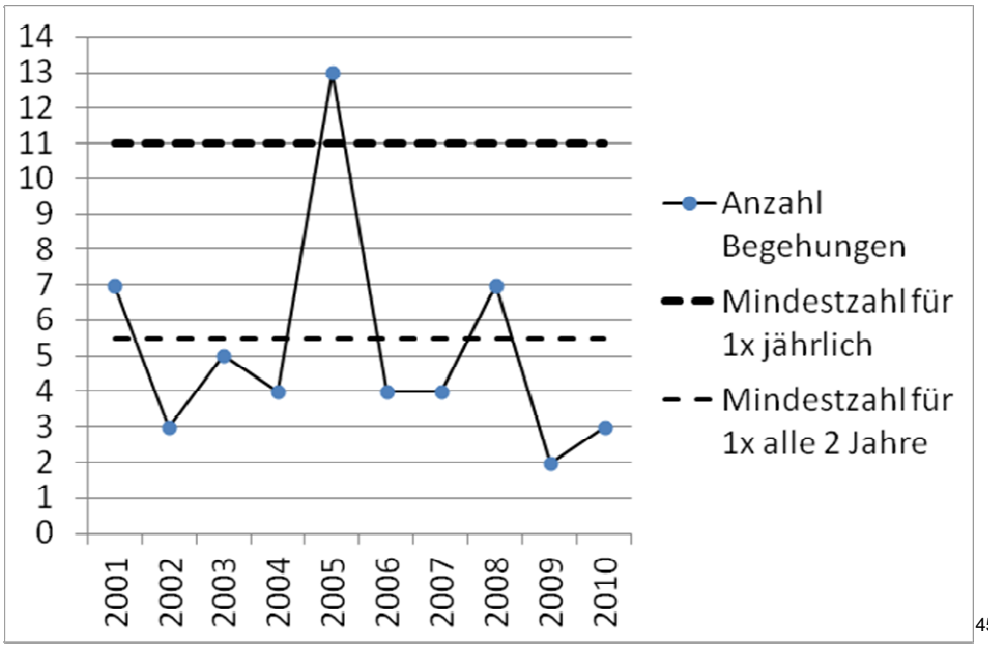
2. Unzureichende staatliche Gesundheitsaufsicht

2.1. Gesundheitsamt

2.1.1. Unzureichende Krankenhaus-Begehungen durch das Gesundheitsamt

Der Feststellung des Mehrheitsberichts, dass die Zahl der Krankenhausbegehungen durch das Gesundheitsamt Bremen „in den zurückliegenden Jahren auf ein nicht akzeptables Maß gesunken“ ist, wird geteilt. In der Stadtgemeinde Bremen gibt es 11 Krankenhäuser. Um jedes mindestens einmal jährlich zu überprüfen, müsste das Gesundheitsamt jährlich mindestens 11 Krankenhausbegehungen durchführen. Diese Zahl von Begehungen hat das Gesundheitsamt in den letzten 10 Jahren nur einmal, im Jahr 2005, erreicht.

Begehungen von Krankenhäusern durch das Gesundheitsamt Bremen



[455]

Nach Aussage des Zeugen Tim Eckmanns ist die unzureichende Anzahl von Krankenhaus-Begehungen durch Gesundheitsämter ein bundesweites Phänomen, das direkt auf den Personalabbau im öffentlichen Dienst zurückgeht.

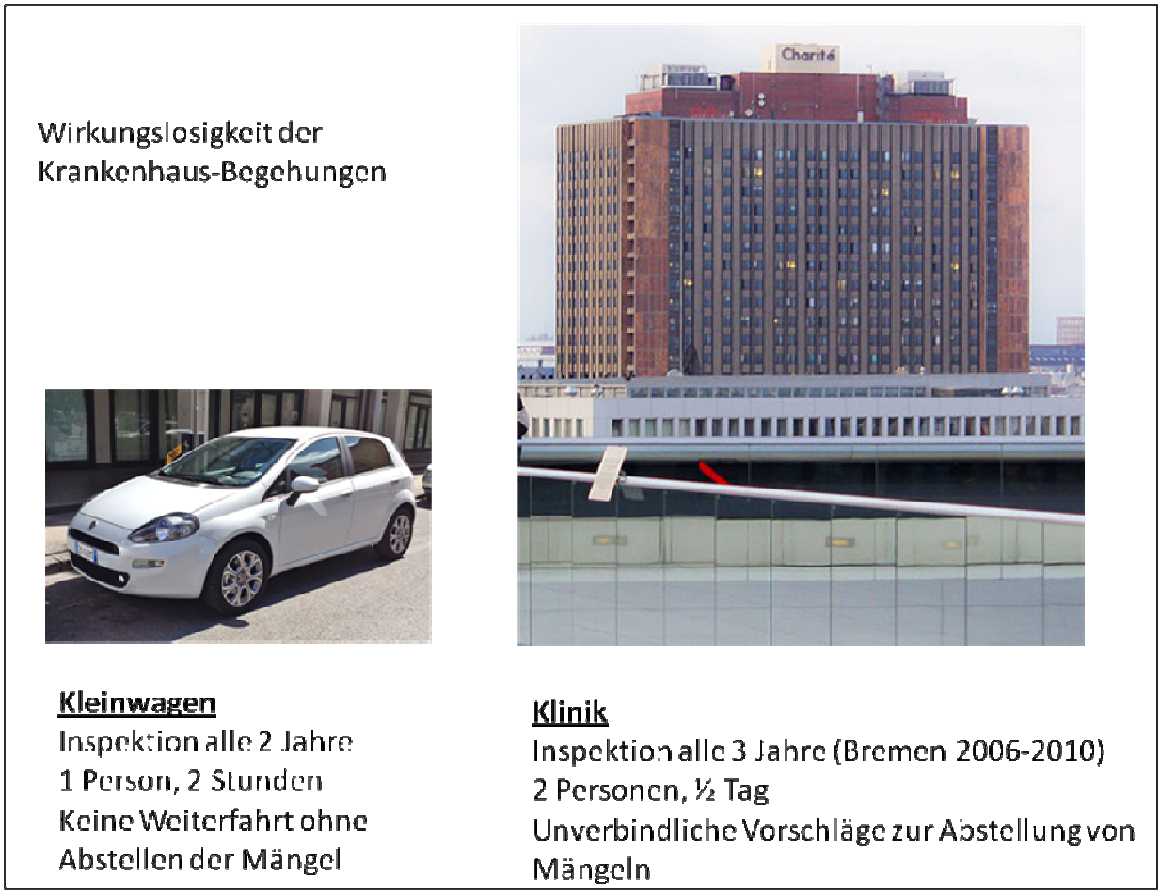
> „Mich überrascht das nicht so! Ich weiß, dass das der Zustand ist. Wir sind aber auch immer wieder dabei, darauf aufmerksam zu machen, dass die Gesundheitsämter eine bessere personelle Ausstattung benötigen. Dann kommen wir immer wieder in den alten Konflikt, den wir überall in Deutschland haben. Wir brauchen auch in der Jugendhilfe, wir brauchen überall mehr Leute, aber der öffentliche Bereich wird abgebaut. Das ist, finde ich, jetzt fast schon ein generelles politisches Statement, das Sie von mir hier erwarten.“[456]

Beim Gesundheitsamt gab es keine MitarbeiterInnen, die nur für die Krankenhäuser zuständig gewesen wären. Die Krankenhaus-Begehungen waren Teil der Begehung aller

[455] Leistungsberichte des Gesundheitsamts Bremen, Band 41 S. 40, Band 42 S. 3, Band 42 S. 77, Band 43 S. 388.
[456] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-.3539

medizinischen Einrichtungen. 2010 wurden 78 Alten- und Pflegeheime, 39 sonstige Einrichtungen, 6 Labore und 5 Arztpraxen begangen, insgesamt 137 Begehungen.

Kritisch ist aber nicht nur die geringer Zahl der Krankenhaus-Begehungen zu bewerten, sondern auch deren **geringe Tiefe.** In der Regel handelte es sich um eintägige Begehungen auf einer jeweils ausgewählten Station, schon zur Nachkontrolle fehlte oft die Zeit.



457

Man muss sich die Dimension klarmachen: Ein **Kleinwagen** wird alle 2 Jahre vom TÜV inspiziert. Festgestellte Mängel müssen beseitigt werden, damit das Fahrzeug wieder in den Straßenverkehr darf. Ein **Krankenhaus** mit seinen dutzenden Abteilungen und Stationen und hochkomplexen Abläufen lässt sich kaum an einem Tag ernsthaft in seinem Hygieneverhalten überprüfen. Viele Mängel wurden immer wieder festgestellt, was den Weiterbetrieb nicht verhindert.

Im Mehrheitsbericht wird darauf hingewiesen, dass Krankenhaus-Überprüfungen **in den Niederlanden bis zu 14 Tagen** in Anspruch nehmen können. Auch eine Steuerprüfung durch das Finanzamt kann in Deutschland mehrere Tage dauern, wenn eine große Firma überprüft wird. Angesichts der Bedeutung der Krankenhäuser für die öffentliche Gesundheitsversorgung und der Komplexität der Infektionsprävention kann daher die stichprobenartige, punktuelle Inaugenscheinnahme, wie sie durch das Gesundheitsamt Bremen in den letzten 10 Jahren durchgeführt wurde, in keiner Weise ausreichen.

457 Fotos: Wikicommons, Fiat Punto: Corvettec6r, Charité: Raimond Spekking

2.1.2. Rechte des Gesundheitsamts

Dem Gesundheitsamt obliegt laut dem Bremischen Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) die Überwachung der „Einhaltung der Anforderungen der Hygiene in Einrichtungen, bei denen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse ein besonderes Hygienerisiko besteht.“ Dabei „wirken die Gesundheitsämter auch auf die Herstellung von strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen für hygienisches Handeln hin“. Nach § 22 Gesundheitsdienstgesetz Bremen (ÖGDG) „(nehmen) die Gesundheitsämter [gemeint ist Bremen und Bremerhaven] die Aufgaben der Infektionshygiene wahr.“ Dazu gehören „Aufklärung, Beratung, Verhütung und Eingrenzung von übertragbaren Krankheiten“ auch „in Gemeinschaftseinrichtungen“.

Das Gesundheitsamt hat dabei **weitreichende Rechte** – es kann jederzeit Räume betreten, auch außerhalb der Geschäftszeiten, Proben entnehmen, Unterlagen einsehen und kopieren, Befragungen durchführen, die nur durch § 55 StPO begrenzt sind. Es kann auch „vorläufige Anordnungen“ treffen, von denen die senatorische Behörde zu unterrichten ist, die sie übernehmen oder aufheben kann.

Die Möglichkeiten des Gesundheitsamtes sind in ihrem Umfang denen eines Untersuchungsausschusses zu vergleichen, was die Prüfung anlangt. Ebenso kann das Gesundheitsamt eine Stationsschließung oder einen Aufnahmestopp jederzeit vorläufig anordnen. Auch eine Aufklärung der epidemiologischen Zusammenhänge etc. hätte jederzeit vom GAB betrieben werden können.

Diesen umfassenden Auftrag konnte das Gesundheitsamt mit den vorhandenen Kapazitäten nicht erfüllen. Es ist daher notwendig, das Gesundheitsamt durch einen entsprechenden Personalaufbau in die Lage zu versetzen, seinem Auftrag nach ÖDGD nachzukommen.

2.1.3. Unzureichende Reaktion auf Warnhinweise

Der Missstand unzureichender Krankenhaus-Begehungen war dem Gesundheitsamt und dem senatorischen Behörde **bewusst**. Matthias Christelsohn, Mitarbeiter sowohl bei der senatorischen Behörde als auch beim Gesundheitsamt Bremen, vermerkte zur Zahl der Krankenhaus-Begehungen handschriftlich im Bericht des Gesundheitsamts: „sehr, sehr mau!“[458] In einer Mail von Christelsohn an den Referatsleiter Götz vom **7.Juni 2011** zum Leistungsbericht 2010 [gemeint ist 2009] des GAB heißt es:

> „Hinsichtlich der Begehungen speziell der medizinischen Einrichtungen wiederhole ich meine Bedenken, die ich bereits zum Leistungsbericht 2009 [gemeint ist 2008] deutlich gemacht habe. M.E. wird der Begehung der KH im brem. Stadtgebiet nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt. (…) halte ich es für wichtig, dass die KH jährlich einmal begangen werden. Ich glaube, dass eine derartige Praxis auch die Tätigkeit der Hygienefachkräfte, die es gegenüber der KH-Leitungsebene nicht immer so einfach haben, unterstützten würde.“[459]

Götz übernahm das, in abgeschwächter Form, in seinen Kommentar zum GAB-Bericht, den er am 25.6.2010 an Wolfgang Wilhelm, Referat für Rechtsangelegenheiten, schickte.[460] Wolfgang Dullin, Abteilungsleiter beim Gesundheitsamt (Leitung Abt. 3 Gesundheit und

[458] Band 43, S. 356
[459] Band 43, S. 341
[460] Band 43, S. 336

Umwelt) schrieb am 3.6.2010 „Vorbemerkungen zum Leistungsbericht 2009 der Abteilung 3 des GAB“. Darin heißt es:

> „… sind die Zahlen für die hygienische Überwachung medizinischer und anderer hygienisch relevanter Einrichtungen um etwa 40 % auf den niedrigsten Stand der letzten 5 Jahre gesunken.“[461]

Konsequenzen daraus wurden jedoch weder von der Leitung des Gesundheitsamts noch vom Ressort gezogen.

Wie viele Akten zeigen, war das Gesundheitsamt sehr engagiert in Sachen MRSA (multiresistente Staphylokken[462]). Das Aufkommen der ESBL-Bildner[463], die seit 2009 bundesweit verstärkt auftreten, wurde dagegen mit keiner besonderen Aufmerksamkeit verfolgt. Auf die zunehmende Bedeutung der ESBL-Bildner wurde z.B. in der Erreger- und Resistenzstatistik des Bundes 2009 hingewiesen (was in der Hygienekommission des KBM vorgestellt wurde).[464] Diese Entwicklung ging am Gesundheitsamt vorbei.

Im August 2010 gab es den Infektionsskandal an der Frühgeborenen-Station in Mainz. Im Januar 2011 stellte die Landesregierung NRW ihren „Aktionsplan Hygiene“ vor. Am 31.08. und 1.09.2011 starben drei Frühgeborene an der Klinik in Siegen. Keines dieser Ereignisse hat im Gesundheitsamt und im Ressort irgendwelche dokumentierten Aktivitäten ausgelöst.

2.2. Senatorische Behörde

2.2.1. Eingriffsmöglichkeiten gegenüber den kommunalen Kliniken

Dem Senat obliegt die fachliche Steuerung und Aufsicht der kommunalen Kliniken. Dies ergibt sich aus seiner Funktion als Eigentümer und gilt gegenüber allen Gesellschaften, bei denen er Allein- oder Mehrheitseigentümer ist.

Die Geschäftsführung in GmbHs trägt die Verantwortung für das operative Geschäft innerhalb der Vorgaben der Gesellschafter. Das Weisungsrecht des Mehrheitsgesellschafters ist unbeschränkt, er kann alle Entscheidungen durch Weisungen an sich ziehen.

> „Die Geschäftsführer sind der Gesellschaft gegenüber verpflichtet, die Beschränkungen einzuhalten, welche (…) durch den Gesellschaftsvertrag oder (…) durch die Beschlüsse der Gesellschafter festgesetzt sind.“[465]

> „Die Gesellschafterversammlung (kann) auch die Entscheidungen über gewöhnlichen Routinefragen des Tagesgeschäfts an sich ziehen. Es gilt somit das Prinzip, dass die

[461] Band 43, S. 288

[462] Ursprünglich stand MRSA für Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, daneben wurde auch die Bezeichnung ORSA für Oxacillin-resistenter Staphylococcus aureus verwendet, Heute wird in der Regel nur noch von MRSA gesprochen, als Synonym für Multiresistenter Staphylococcus aureus, d.h. generell für Stapholokokken mit Antibiotika-Resistenz.

[463] ESBL = Extended Spectrum Beta-Laktamase, ein Enzym, das Bakterien in die Lage setzt eine großes Spektrum von Antibiotika zu neutralisieren. Das Enzym sitzt auf sogenannten Plasmiden, die zwischen Bakterien ausgetauscht werden können, sogar zwischen verschiedenen Arten von Bakterien. ESBL tritt bei gramnegativen Bakterien auf, hauptsächlich bei E.coli und Klebsiellen.

[464] Protokolle der Hygienekommission KBM, Protokoll vom 11.03.2010, Band 24, S. 357

[465] GmbH-Gesetz § 37 Abs. 1, http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gmbhg/gesamt.pdf

Gesellschafter die Herren der Gesellschaft sind.“[466] Ruter/Schuhknecht, Das Weisungsrecht der Kommunen in Baden-Württemberg]

Dies ist wird auch im **„Public Corporate Governance Kodex der Freien Hansestadt Bremen“** betont, den der Senat am 16.01.2007 beschlossen hat.

„Die Gesellschafterversammlung ist das oberste Organ der Gesellschaft (…) Weitere grundsätzliche Rechte und Kompetenzen [der Gesellschafterversammlung] sind die Weisungsbefugnis gegenüber der Geschäftsführung, die Überwachung der Geschäftsführung sowie die Gestaltung des Verhältnisses zum Aufsichtsrat.“[467]

Im **Handbuch Beteiligungsmanagement** der FHB werden als Instrumente der Zielsteuerung gegenüber der Beteiligungsgesellschaft aufgelistet:

„Die zu wählende Form der Zielsteuerung richtet sich nach den Anforderungen des Einzelfalls. Folgendes Instrumentarium steht flexibel zur Verfügung:
- Kontrakte
- Tantiemenvereinbarungen
- Geschäftsbesorgungs-/Leistungsverträge
- Zuwendungsverträge/-bescheide
- Gesellschafteranweisungen.“[468]

Auch die GeNo hat 2008 und 2009 eine sogenannte **Entsprechungserklärung** abgegeben, dass der Public Corporate Governance Kodex der FHB von ihr erfüllt wird.[469]

Das Weisungsrecht des Gesellschafters erstreckt sich auf Gesellschaften, die nicht direkt, sondern indirekt im Besitz des Eigentümers sind.

„Bei Töchter- und Enkelgesellschaften sollten die wesentlichen Beschlüsse der Gesellschafterversammlung die Zustimmung der Gesellschafterversammlung der Mutter voraussetzen.“[470]

Der Senat war in seinen Steuerungsmöglichkeiten gegenüber der GeNo und dem KBM in keiner Weise durch die Gesellschaftsform eingeschränkt oder daran gehindert, unmittelbar Einfluss auf jede Entscheidung zu nehmen.

2.2.2. Der Mythos von der verschwundenen Fachaufsicht

Die senatorische Behörde versuchte gegenüber dem Ausschuss den Eindruck zu erwecken, sie hätte keine rechtlichen Möglichkeiten, auf die Entscheidungen des KBM und der GeNo unmittelbar Einfluss zu nehmen. Dies hält der Überprüfung in keiner Weise stand.

Um diesen Eindruck zu erzielen, wurden von der senatorischen Behörde der Begriff der Fachaufsicht bemüht, die gegenüber Gesellschaften nicht bestünde, sowie der Verweis auf

---

[466] Ruter/Schuhknecht, Das Weisungsrecht der Kommunen in Baden-Württemberg, S. 2, http://www.ruter.de/downloads/das_weisungsrecht_der_kommunen_in_ba-wue_12.1995_.pdf
[467] Public Corporate Governance Kodex der Freien Hansestadt Bremen, S. 2, http://www.rathaus.bremen.de/sixcms/media.php/13/Public_Corporate_Governance_Kodex.pdf
[468] Handbuch Beteiligungsmanagement, Nr. 26, Fach 1 S. 14, http://www.finanzen.bremen.de/sixcms/media.php/13/Handbuch_Beteiligungsmanagement_2008.pdf
[469] http://www.finanzen.bremen.de/sixcms/media.php/13/2009-10-30%20Entsprechenserklaerung%202008.pdf
[470] Public Corporate Governance Kodex der FHB, S. 2

das Aktienrecht. Bei beidem handelt es sich um eine Nebelbombe, die von der Verantwortung des Senats für seine Gesellschaften ablenken soll.

Fachaufsicht ist ein Begriff, der innerhalb der öffentlichen Verwaltung gebraucht wird. Inhalt des Begriffs ist das **inhaltliche Weisungsrecht** gegenüber einer nachgeordneten Dienststelle oder Institution. Während sich die Rechtsaufsicht nur auf die Überprüfung der Rechtmäßigkeit des nachgeordneten Verwaltungshandelns richtet, richtet sich die Fachaufsicht auch auf die inhaltliche Zweckmäßigkeit dieses Handelns.

> „Die Fachaufsicht ist umfassend. Sie bezieht sich nicht nur auf die Rechtmäßigkeit, sondern auch auf die Zweckmäßigkeit, Ratsamkeit oder politische Opportunität des beaufsichtigten Verwaltungshandelns.“[471]

So hat die öffentliche Hand etwa gegenüber einem Zuwendungsempfänger nur eine Rechtsaufsicht, aber keine Fachaufsicht, d.h. sie kann in dessen inhaltliche Entscheidungen nicht direkt eingreifen – im Unterschied zu einer Verwaltungsstelle oder einer Beteiligungsgesellschaft. Im Erneuerbare-Energien-Gesetz ist beispielsweise unter dem Begriff Fachaufsicht geklärt, welches Ressort zuständig für die inhaltliche Steuerung ist:

> „Soweit Bundesbehörden Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen, unterliegen sie der Fachaufsicht des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit. Dies gilt nicht für die Fachaufsicht über die Bundesnetzagentur.“[472]

Für die Steuerung im Rahmen der Fachaufsicht steht ein breites Spektrum von Instrumenten zur Verfügung, von Zielvereinbarungen bis zur direkten Weisung.

> „Weisungen und Erlasse sind das „klassische“ Instrument einer hierarchischen Aufsicht. Weisungen/Erlasse und Zielvereinbarungen schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen sich. Sämtliche Weisungsbefugnisse der Ministerien bestehen auch bei Abschluss einer Zielvereinbarung weiter.“[473]

Die Fachaufsicht bezeichnet also innerhalb der öffentlichen Verwaltung nichts anderes als das inhaltliche Weisungsrecht, wie es auch der Eigentümer der GmbH gegenüber der Geschäftsführung und allen Entscheidungen der Gesellschaft hat.

Genau so stellte der ehemalige Staatsrat auch die Steuerung der kommunalen Kliniken durch die senatorische Behörde dar.

> „Eine Gesellschafteranweisung machen Sie gegenüber einer Geschäftsführung dann, wenn die Geschäftsführung nicht bereit ist, in ihrer eigenen rechtlichen Verantwortung als Geschäftsführung den Erwartungen des Trägers zu entsprechen, da machen sie eine Geschäftsführeranweisung. Die Notwendigkeit für eine solche Geschäftsführeranweisung hat es in meinem Zeitraum nicht gegeben.“[474]

---

[471] Christian Jock: Fachaufsicht im Spannungsfeld zwischen Regeleinhaltung und strategischer Steuerung, Wissenschaftliche Dokumentations- und Transferstelle für Verwaltungsmodernisierung in den Ländern, 2009, S. 8, http://www.evk2012.de/pdf/evk2009_jock_fachaufsicht.pdf; Bundesministerium des Inneren: Grundsätze zur Ausübung der Fachaufsicht der Bundesministerien über den Geschäftsbereiche, 2008, S.1, http://www.olev.de/f/DE-Bund_Fachaufsicht_grundsaetze_ausuebung_2008-05-02.pdf

[472] EEG-Gesetz, § 63 Fachaufsicht, http://dejure.org/gesetze/EEG/63.html

[473] BMI, Grundsätze zur Ausübung der Fachaufsicht, S. 4

[474] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4875

In den Anhörungen wurde vom ehemaligen Staatsrat zunächst **bejaht**, dass die Fachaufsicht über die kommunalen Kliniken vom Staatsrat für Gesundheit wahrgenommen wird.[475]

> „Abg. Fecker: Die Frage der Fachaufsicht!
>
> Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Ja, wer macht die?
>
> Abg. Fecker: Wenn Sie einmal nicht da sind!
>
> Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Dann ruft man mich an, und dann mache ich sie auch.“[476]

Seitens der Senatorin wurde dagegen **bestritten**, dass es eine Fachaufsicht gegenüber den kommunalen Kliniken gebe.

> „Hier verkennt der Verfasser, dass weder die senatorische Behörde noch ich persönlich als Vorsitzende des Aufsichtsrats eine Fachaufsicht über die Krankenhäuser oder den Klinikverbund haben. Die Krankenhäuser sind nach ihrer Überführung in gGmbHs der unmittelbaren Zuständigkeit des Gesundheitsressorts entzogen worden.“[477]
>
> „Denn eines ist klar, ich habe die Fachaufsicht nicht.“[478]
>
> „Eine Fachaufsicht lässt sich nicht darstellen. (…) Das schließen das GmbH-Recht und das Aktienrecht aus.“[479]

Dem schloss sich dann auch der ehemalige Staatsrat an. Hintergrund war das Gutachten des Gutachters der Staatsanwaltschaft, Walter Popp, der sich auf die Verantwortung des Senats für das Handeln der Klinik bezogen und dabei den Aspekt der Fachaufsicht herangezogen hatte.

> „Wenn es um die Kliniken geht, ist Folgendes zu beachten: Bis zum Jahr 2004 waren die Kliniken nachgeordnete Einrichtungen der Gesundheitsbehörde. Sie unterstanden damit als Teil der Gesundheitsbehörde der unmittelbaren Rechts- und Fachaufsicht der Behörde. Im Jahr 2004 sind die Kliniken aus diesem Status entlassen und in eine privatrechtlich organisierte GmbH überführt worden. Seit dem Jahr 2004 besteht nur noch eine Rechtsaufsicht der Behörde gegenüber den Kliniken, aber keine Fachaufsicht.“[480]
>
> „Da befasst sich der Gutachter mit der Frage: Hätte die Behörde sich mit dem Problem der Lage in den Kliniken angemessen befassen müssen? Seine Antwort ist Ja. Ich habe eben schon darauf hingewiesen, es betrifft seine falsche Annahme einer fachaufsichtlichen Funktion gegenüber den Krankenhäusern.“[481]

Richtig ist, dass der Aufsichtsrat einer Gesellschaft kein derartiges Weisungsrecht hat, wie es dem Gesellschafter zukommt. Auch der Aufsichtsrat hat jedoch weitreichende Befugnisse. So kann er jederzeit beschließen, dass bestimmte konkrete Maßnahmen seines Einverständnisses bedürfen.

---

[475] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2665
[476] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2667
[477] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 34-4953
[478] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4619
[479] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4622
[480] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4837
[481] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4844

> „Maßnahmen der Geschäftsführung können dem Aufsichtsrat nicht übertragen werden. Die Satzung oder der Aufsichtsrat hat jedoch zu bestimmen, dass bestimmte Arten von Geschäften nur mit seiner Zustimmung vorgenommen werden dürfen.“[482]

Der Senat hatte somit sowohl in seiner Eigenschaft als Gesellschafter, als auch durch die Vorsitzfunktion im Aufsichtsrat der GeNo weitreichende Befugnisse, die Gesellschaft direkt zu steuern. Da der Geschäftsführung der GeNo wiederum direkte Eingriffsrechte in die Gesellschaften der einzelnen Kliniken vorbehalten waren (und ohnehin das Gesellschafterrecht der „Mutter“ auch die „Töchter“ und „Enkelgesellschaften“ erfasst), hatte der Senat die Möglichkeit der fachlichen Steuerung auch ins KBM hinein.

Begrenzt wurde die fachliche Steuerungsmöglichkeit der senatorischen Behörde durch die Beschlusslagen des Senats. Diesen kommt im Rahmen des kommunalen Beteiligungsmanagement Vorrang zu. **Die Passivität der senatorischen Behörde bei der Steuerung der GeNo wurde von der Senatorin letztlich mit dem Primat der Sanierungsbeschlüsse des Senats erklärt.**

> „Abg. Frau Bernhard: (…) Es ist die gängige Rechtsauffassung, dass es in der GmbH Weisungsrechte der Gesellschafter gegenüber der Geschäftsführung gibt. (…) Ist es Ihrer Meinung nach der Stadtgemeinde als Alleingesellschafter unmöglich, der GeNo-Geschäftsführung Weisungen zu erteilen?
>
> Zeugin Senatorin Jürgens-Pieper: Selbstverständlich gibt es das Instrument der Gesellschafteranweisungen (…) Gesellschafterin ist für die Freie Hansestadt Bremen die Finanzsenatorin. Sie würde sich im Zweifelsfall natürlich fachlich vom Fachressort beraten lassen, wenn es Gesellschafteranweisungen geben würde. Da wir im Senat einen Sanierungskurs beschlossen haben - Herr Dr. Schulte-Sasse hat Ihnen dazu bestimmt auch einiges vorgetragen - und damit letztlich ein Ziel vorgegeben haben, auch im Hinblick auf wirtschaftliches Arbeiten, glaube ich nicht, dass wir uns als Gesellschafter zu einer Anweisung an das Krankenhaus verständigen könnten.“[483]

Der Leiter des Beteiligungsmanagements verwies auf eine weitere Beschränkung der fachlichen Steuerungsfähigkeit des Ressorts, nämlich die Tatsache, **dass die senatorische Behörde für eine effektive fachliche Steuerung der kommunalen Kliniken keine ausreichenden personellen Kapazitäten vorhielt.**

> „Um dem nachzugehen, müsste man mitten ins Krankenhausgeschehen, und dann wäre man mitten im operativen Geschäft, und dafür, muss ich sagen, sind auch die Geschäftsführungen da, dafür werden sie auch bezahlt. Sonst könnten wir als Ressort ja gleich operatives Geschäft machen. Das können Sie auch nachvollziehen, bei dem Themenspektrum kann man es mit zwei, drei Leuten nicht machen.“[484]

2.2.3. Fachpolitische Steuerung im Ressort

Bei der fachpolitischen Steuerung der kommunalen Kliniken wurde die Fachabteilung in der senatorischen Behörde weitgehend ausgeschlossen. Die Steuerung erfolgte fast ausschließlich über das Referat Beteiligungsmanagement.

---

[482] Aktiengesetz § 111 Abs. 4, http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/aktg/gesamt.pdf
[483] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 34-5008 f.
[484] Helmut Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2423

„Die Fachabteilung wurde aus bestimmten Themen, ich denke, das war politisch auch so gewollt, herausgehalten.“[485]

„(…) eine Aufsichtsfunktion, wie sie früher bestand, ist nach der Neuordnung, die aus dem Untersuchungsausschuss herausgekommen ist, aus der Abteilung 4 herausgenommen worden.“[486]

Die Steuerung der kommunalen Kliniken erfolgte dadurch nicht unter dem Primat der Gesundheitsfürsorge, sondern unter dem Privat der Betriebswirtschaft.

„Im Rahmen des Beteiligungscontrollings liegt in der Tat der Schwerpunkt eher darauf, ob der Personalabbau erreicht wird. Das ist auch das, was beispielsweise dann im Haushalts- und Finanzausschuss oder in den Gremien nachgefragt wird.“[487]

So lösten z.B. die Ergebnisse der „Personalbedarfsermittlung“ durch KPMG folgenden Mailwechsel im Beteiligungsmanagement aus:

„Schau dir mal die KMPG-Ergebnisse an (…) Geht der Abbaubedarf über den geplanten Abbau hinaus? (Ich) würde sagen ja, zumindest bei der Pflege, die danach immer noch überbesetzt war, oder?“[488]

„Im Prinzip beschreibt die Vorlage die Bedarfsermittlung in 2008 und belegt, dass in 2008 zuviel Personal vorhanden war. Der Personalabbau/Sanierungsvorhaben wird damit nochmals bestätigt.“[489]

Die fachpolitische Aufsicht und Steuerung der senatorischen Behörde gegenüber den kommunalen Kliniken verstand sich selbst als eine Sanierungsaufsicht. Diese Zielhierarchie kam auch in der strukturellen Zuständigkeit im Ressort zum Ausdruck, mit der die Steuerung der kommunalen Kliniken der Fachabteilung weitgehend entzogen wurde. Die einseitige und unzureichende fachpolitische Steuerung der Kliniken war das Ergebnis einer bewussten politischen Entscheidung durch die Senate der 16. und 17. Legislaturperiode.

2.3. Parlamentarische Kontrolle

Als Instrument der parlamentarischen Kontrolle wurde, auf Empfehlung des Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“, ein **Krankenhausausschuss** eingerichtet.

„Abg. Fecker: Sie haben vorhin ausgeführt, dass sich die Politik aus den Aufsichtsräten verabschiedet hatte und dass Sie das aus fachlicher Sicht auch begrüßt haben. Können Sie dem Ausschuss bitte darstellen, wie die Kontrolle der GeNo durch die Politik, durch die Abgeordneten stattgefunden hat, welche Formen es gab und wie Sie sie wahrgenommen haben?

Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Dafür gab es zwei Gremien, einmal den Haushalts- und Finanzausschuss und dann den Krankenhausausschuss. (…) Wir haben jetzt hier einen Krankenhausausschuss gehabt, der sich dann ja noch einmal geteilt hat in Landeskrankenhausausschuss und Krankenhausausschuss für die GeNo - Krankenhausausschuss Stadt, ja, aber meistens GeNo, mit Leidenschaft meistens GeNo

[485] Helmut Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2425
[486] Matthias Gruhl, Protokoll der öffentlichen Anhörung 14-1931
[487] Helmut Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2406
[488] Mail Helmut Gottwald an Petra Borgmann-Görtz vom 01.09.2010, Band 60, S. 83
[489] Mail Petra Borgmann-Görtz an Helmut Gottwald vom 01.09.2010, Band 60, S. 83

-, und das kann man ja so machen, aber der verleitet dann natürlich auch zu Diskussionen, die der GeNo nicht immer guttun.

Abg. Fecker: Das heißt aber, dass alle politischen Kräfte die Gelegenheit hatten, auch wenn sie nicht beim Aufsichtsrat der GeNo vertreten waren, Fragen zu stellen, Fragen beantwortet zu bekommen und auch über das aktuelle Geschehen und die Entwicklung der GeNo informiert zu werden.

Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Natürlich! Ich muss auch persönlich sagen, der Krankenhausausschuss war mir einer der liebsten.“[490]

„Vorsitzende: Ist (…) konkret für die kommunalen Kliniken oder durch die senatorische Behörde oder die GeNo überprüft worden, ob eine Personalreduktion mit den Anforderungen des jeweiligen Klinikbetriebs in Einklang zu bringen ist? Wie ist diese Überprüfung gegebenenfalls erfolgt, und zu welchen Ergebnissen ist sie gekommen?

Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Das war eine große Debatte, die uns sowohl in der Behörde, in den Gesprächen mit den Betriebsräten und den Geschäftsführungen, als auch im damaligen Krankenhausausschuss intensiv beschäftigt hat.“[491]

Der Untersuchungsausschuss hat sich mit der Wirksamkeit des Krankenhausausschusses für die parlamentarische Kontrolle des kommunalen Klinikverbunds **nicht befasst**. Er ist in den Akten und in den Anhörungen aber auch keinen Spuren einer solchen Wirksamkeit begegnet. Wie die parlamentarische Kontrolle über die kommunalen Kliniken gestärkt werden kann und welcher Formen es dazu bedarf, ist daher eine eigenständige Diskussion, für die der Untersuchungsausschuss keine Ergebnisse vorlegen kann. Dass es einer **Stärkung auch der parlamentarischen Kontrolle bedarf**, drängt sich aus den Ergebnissen des Ausschusses jedoch auf.

[490] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2676 f.
[491] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2632

3. Organisierte Verantwortungslosigkeit

3.1. Verunklarung durch Zentrenkonzept

Im RKI-Bericht wie im Stauch-Bericht findet sich die Feststellung, die pädiatrische Versorgung sei am Klinikum Bremen-Mitte im „Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“ angesiedelt.[492] Auch auf der Website der GeNo findet sich bis heute der Hinweis, die Professor-Hess-Kinderklinik sei „Teil des Zentrums für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“, das wiederum Teil des KBM sei.[493] In den Anhörungen und den Akten kommt das „Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“ dagegen nirgends vor, operativen Gehalt scheint es nicht gehabt zu haben.

Mit dem „Medizinischen Zukunftskonzept“ wurden 2009 insgesamt 11 Zentren eingeführt, von denen 3 als „standortübergreifende Zentren“ geplant waren (Eltern-Kind-Zentrum, Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie Zentrum für Anästhesiologie und OP-Management). Die eingesetzten Zentrumsleitungen sollten auch für die „ökonomische Sicherstellung des Leistungsangebots verantwortlich“ sein.[494] Zu ihren Aufgaben gehörte die „Einhaltung der Gesamt-Vorgabe der Personalkosten / VK des Zentrums“.[495]

Das Zentrenkonzept trug stark zur Verunklarung von Verantwortlichkeiten bei. Die Verantwortung für Personalplanung und Personaleinsatz lag einerseits bei den Geschäftsführungen der vier Krankenhäuser, andererseits bei den 3 standortübergreifenden Zentrumsleitungen, letztlich aber auch bei den klassischen Einzelkliniken. Am 24.06.2011 wurde im Aufsichtsrat KBM berichtet, dass die beiden kommissarischen Zentrumsleitungen Eltern-Kind und Innere Medizin die Leitungsfunktion abgeben wollten. Am 02.09.2011 wurde im Aufsichtsrat mitgeteilt, dass beide Zentren zum 01.10.2011 eine neue Leitung erhalten sollten.[496] Aktuell ist keine Zentrumsleitung mehr besetzt.

Das Zentrenkonzept verstärkte durch die Überschneidung von Verantwortlichkeiten, die aber alle auch unter dem Vorbehalt der Zustimmung der GeNo-Geschäftsführung zu Stellenbesetzungen standen, die letztlich einzig entscheidende Position des GeNo-Geschäftsführers.

> „Wenn man im Einzelfall das Gefühl hatte, es funktioniert nicht, dann hat man sich auch an Herrn Hansen gewandt.“[497]

3.2. Eingliederung der Neonatologie in die Kinderklinik

Die Klinik für Neonatologie wurde 1986 eingerichtet. Nach dem Ausscheiden von Klaus Albrecht als Leiter der Klinik für Neonatologie wurde zuerst ein Nachfolger gesucht. Als der bereits ausgewählte zukünftige Klinikchef absagte, übernahm 2006 Hans-Iko Huppertz, der

---

[492] Band 50, S. 10; Band 16, S. 9

[493] http://www.gesundheitnord.de/krankenhaeuserundzentren/krankenhaeuser/kbm/klinikum-bremen-mitte/profhesskinderklinik.html

[494] Vorlage für die AR-Sitzung GeNo am 22.06.2009, TOP 7 Medizinisches Zukunftskonzept, Band 60, S. 3 f.

[495] Grundlagen zur Personalplanung 2011 am KBM, Band 60, S. 170

[496] Band 60, S. 205 f.

[497] Wolfgang Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1661

Leiter der Professor-Hess-Kinderklinik am KBM, auf Angebot der Geschäftsführung hin auch die Leitung der Neonatologie-Klinik.

Diese organisatorische Entscheidung, mit der ein Provisorium (die kommissarische Leitung der Neonatologie-Klinik durch den Leiter der Kinderklinik) in einen Dauerzustand überführt wurde (die faktische Zusammenlegung beider Kliniken), hat sich letztlich negativ für die Qualität der Frühgeborenen-Behandlung in der Neonatologie-Klinik ausgewirkt. Wie in den Kapiteln zu Personalbesetzung und Reinigung gezeigt, war die Neonatologie in der Folge systematisch schlechter gestellt als die pädiatrische Intensivstation in der Kinderklinik. In den Unterlagen und in den Anhörungen wurde immer wieder von der Station 4028 als „der Intensivstation“ gesprochen, während die spezifischen Anforderungen der neonatologischen Intensivstation als eher geringer angesehen wurden.

Die spezifischen Anforderungen der Neonatologie an den Pflegeschlüssel wurden von der gemeinsamen Klinikleitung nicht vertreten. In den Auseinandersetzungen um die Personalreduzierung durch die KPMG-Erhebung wurde von der Leitung ausschließlich die ärztliche Personalausstattung als problematisch thematisiert, niemals die pflegerische. Während die pädiatrische Intensivstation (die 4028) in ihrem Einarbeitungskonzept an prominenter Stelle von sich sagte:

> „Wir pflegen im Verhältnis von ein bis drei Patienten pro Pflegenden.“[498]

hatte dies für die neonatologische Intensivstation (die 4027) schon lange keinen Bestand mehr.

3.3. Zentralisierung und Versorgungsauftrag

Mit der Zentralisierung der Frühgeborenen-Behandlung am Standort Mitte und dem Aufgeben der Standorte Nord und Links der Weser entstand eine Situation, in der eine Schließung der Frühgeborenen-Station in Mitte oder auch nur ein Aufnahmestopp dazu führte, dass es keinen alternativen Behandlungsort im Stadtgebiet mehr gab. Dieser Aspekt hat in den Auseinandersetzungen um Meldung, Aufnahmestopp, Schließung und Wiedereröffnung eine wesentliche Rolle gespielt und wurde von der Leitung der Kinderklinik wie auch von der KBM-Leitung wiederholt vorgetragen. Die Zentralisierung erzeugte so einen objektiven Druck, der gegen einen schnellen Aufnahmestopp oder eine Schließung im Fall eines Ausbruchs wirkte.

Hier zeigte sich, dass die positiven Erfahrungen mit der Regionalisierung der Frühgeborenen-Versorgung in anderen europäischen Ländern, die im Ausschuss vorgetragen wurden, nicht auf die Zentralisierung in Bremen übertragbar sind. In einem wirklich großen Zentrum sind Teilschließungen räumlich und organisatorisch möglich. Die Station 4027 am KBM hatte kaum die räumlichen Möglichkeiten zu einer effektiven Isolierung von mehreren Patienten. Die Zentralisierung wirkte als ein implizites Schließungsverbot. Unter Gesichtspunkten des Ausbruchsmanagements bei einer Häufung nosokomialer Infektionen war auch dies ein Faktor der organisierten Verantwortungslosigkeit.

3.4. Ausgliederung der Reinigung

Die Ausgliederung der Reinigung in eine Servicegesellschaft (GND), in der alle unternehmerischen Aufgaben von einer privaten Fremdfirma (R+S) erbracht wurden, war ein weiteres Paradebeispiel dafür, Verantwortung zu delegieren. Die Auslagerung der

[498] Einarbeitungskonzept der Interdisziplinären Intensivstation (4028), Stand 2011, Band 15, S. 50

Leistungen an die R+S war auch getragen von der Haltung, dass Reinigung eigentlich gar nicht zu den genuinen Aufgabenfeldern eines Krankenhauses gehört.

> „Fakt ist auch, dass ein Krankenhaus tendenziell in der Unterhaltsreinigung nicht unbedingt sein Kerngeschäft hat, sondern normalerweise die externen Reiniger hier in der Effizienz und auch in der Qualität tendenziell besser sind. Deswegen sind hier auch grundsätzlich die Expertisen, die man durch externe Anbieter hat, auch wünschenswerterweise in die Gesellschaft mit implementiert worden. Das machen sehr viele Krankenhäuser in Deutschland.“[499]

Wie dargestellt, sollte die R+S auch mikrobiologische Untersuchungen zur Kontrolle der Reinigungsqualität durchführen. Die R+S wiederum delegierte diese Aufgabe zurück an das Hygieneinstitut des KBM. Eine systematische Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen im Sinne einer Korrektur des Reinigungshandelns ist weder beim Hygieneinstitut noch bei der GND nachzuverfolgen.

3.5. Eingliederung des LUA als Hygieneinstitut ins KBM

2001 wurde die Abteilung Hygiene des Landesuntersuchungsamtes Bremen (LUA) ausgegliedert und als „Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene“ dem KBM eingegliedert. Auch hier wurde eine Struktur geschaffen, die stark ihrer Vorgeschichte und einer pragmatischen Lösung geschuldet war. Anstatt am KBM eine Abteilung für Krankenhaus-Hygiene aufzubauen und deren Kompetenzen und Funktionen zu klären, wurde eine Organisationseinheit übernommen, die sich außer mit dem KBM noch mit allen möglichen anderen Aufgaben, Aufträgen und Auftraggebern beschäftigte.

So war das Hygieneinstitut neben der Tätigkeit für das KBM auch tätig in den Bereichen Schiffshygiene, nicht-amtliche Lebensmittelüberwachung, der Untersuchung von „amtlichen Trinkwassern, Badewasser, Badegewässer, Abwässer und Kompost nach gesetzlichen Vorgaben“ und anderem.[500] Hygienisch beraten und labormedizinisch betreut wurden verschiedene Krankenhäuser, auch außerhalb Bremens.

Das Hygieneinstitut war durch seine Vorgeschichte von vorneherein bis zu einem gewissen Grad ein Fremdkörper, der nicht aus dem KBM hervorgegangen war und dessen Aufmerksamkeit vielen anderen Aufträgen gehörte. Zur Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Laboratoriumsmedizin hielt ein Gesprächsvermerk im Ressort 2008 fest:

> „Die Zusammenarbeit, ja sogar die Kommunikation zwischen dem Bremer Zentrum für Laboratoriumsmedizin GmbH (…) und dem Hygieneinstitut ist praktisch nicht existent.“[501]

Die notwendige zentrale Position in der Krankenhaushygiene und insbesondere in einem Ausbruchsgeschehen konnte das Institut und sein Leiter, der ja gleichzeitig auch der Krankenhaushygieniker war, aufgrund ihrer gewachsenen randständigen Stellung nie einnehmen.

> „Wenn es optimal läuft, gibt es im Grunde eine zentrale Figur in solch einem [Ausbruch-] Geschehen, bei der die Fäden zusammenlaufen. Das ist, glaube ich, günstigsterweise der Krankenhaushygieniker oder der Mikrobiologe in einem Haus. Das ist in diesem Ausbruch, wenn wir uns das so immer wieder überlegen, ungünstig gelaufen, weil es

[499] Tomislav Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3628 f.
[500] Tätigkeitsbericht im Rahmen der Fachaufsicht 2002, Institut für Allgemeine Hygiene, Band 45 S. 21
[501] Gesprächsvermerk vom 13.03.2008, Band 45, S. 34

diese zentrale Figur lange nicht gab. (…) solch eine Figur muss irgendwo sein. Das ist hier eher eine Schwachstelle gewesen, dass diese Figur so nicht da war.“[502]

3.6. Rolle privater Beratungsfirmen

Ein besonders zugespitzer Ausdruck organisierter Verantwortungslosigkeit war die Auslagerung von Entscheidungen an private Wirtschaftsberatungen. Das betraf sowohl die GeNo als auch den Senat. Die zentralen Fehlentscheidungen über grundsätzliche Fragen der Entwicklung des Klinikverbunds waren alle von privaten Beratungsfirmen begutachtet und für gut befunden worden.

Der Entscheidung des Senats zur Selbstfinanzierung des Klinik-Neubaus aus dem laufenden Betrieb, ohne Landesmittel, ging ein Gutachten von PricewaterhouseCoopers (PwC) voraus. Der gegenüber der Senatsvorlage noch verschärfte Personalabbau 2011 stützte sich auf die „Personalbedarfsermittlung“ durch KPMG. Auch die FIDES Treuhand, Ernst & Young, die GÖK Consulting und viele andere Wirtschaftsberatungsfirmen waren seit seiner Gründung im Auftrag des Klinikverbunds tätig. Aktuell lässt der Senat die Zukunftsperspektiven des Klinikverbunds ebenfalls von einer Wirtschaftsberatungsgesellschaft analysieren.

Zum einen ging damit bis heute eine Betrachtung des Krankenhauses unter rein betriebswirtschaftlichen Aspekten einher. Das Verständnis von Ökonomen für die Abläufe und Bedürfnisse von Patienten und Personal im Krankenhaus ist begrenzt.

„Ich kann Ihnen aber sagen, dass ein normaler Arbeitstag sowieso schon zehn Stunden hat, und die Verwaltung kommt dazu, das ist tatsächlich so. Ich arbeite sowieso regelmäßig zwischen zehn und zwölf Stunden am Tag und am Wochenende, in der Regel bestimmt an jedem zweiten. Daher ist das auch irgendwie die Inhärenz dieses Jobs. KPMG berechnet - das hat auch Ernst & Young getan -, dass zehn Prozent der ärztlichen Tätigkeit Verwaltung wären und 90 Prozent als Arzt. Das ist dermaßen geschönt! Das sind zwei Leute, ich sage einmal so, die Gel in den Haaren haben, spitze Schuhe und gerade 30 Jahre alt sind. Das ist etwas, das wütend macht.“[503]

Zum anderen verfolgt die Einschaltung privater Wirtschaftsberatungsfirmen fast immer den Zweck, vorab gefällte Entscheidungen durch ‚professionelle‘ Gutachten unangreifbar und alternativlos erscheinen zu lassen. Wenn die Ergebnisse nicht passen, werden sie geändert.[504] Im Entscheidungsgremium bewirkt die Einschaltung privater Beratungsfirmen eine Verantwortungsabgabe nach außen. Eigener Sachverstand kann aber durch externe Beratung nicht ersetzt werden.

Drittens geht unter dem Primat der Wirtschaftsberatung der Aspekt verloren, dass es sich bei kommunalen Krankenhäusern um öffentliche Daseinsvorsorge handelt und nicht um Fabriken.

„Im letzten September war Herr Professor Hickel Patient und hat im „Weser-Kurier“ darüber geschrieben. Ich fand, er hat es genial in einem ganz kurzen Artikel zusammengefasst, dass die Berechnung der Personalbesetzung im Gesundheitswesen verkehrt ist, dass es sich eben nicht mit einer Konservenfabrik vergleichen lässt, und da liegt der Hase im Pfeffer.“[505]

---

[502] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3570
[503] Wolfgang Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1683
[504] Vgl. Bericht des Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“, S. 181
[505] Wolfgang Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1684

3.7. Double-Bind

Der Senat bezieht seit Jahren eine widersprüchliche Haltung zu den kommunalen Kliniken. Einerseits wird gern betont, man stehe zu ‚seinen‘ Kliniken und wolle sie in kommunaler Trägerschaft erhalten. Andererseits ist die Drohung der Privatisierung immer unterschwellig präsent. Schon bei der Ausgliederung der kommunalen Kliniken in gGmbHs wurde durch unzureichende Kapitalausstattung eine latente Insolvenzgefahr eingebaut, von der eine disziplinierende Wirkung ausgeht. In der geplanten ‚Privatisierungsbremse‘ des Senats sind die kommunalen Kliniken nicht enthalten.

Der ehemalige Staatsrat positionierte sich im Ausschuss wie folgt:

> „Ich will es einmal drastisch sagen, das ist immer meine Überzeugung gewesen: Der Staat wird immer auf Dauer zum Beispiel für Bildung verantwortlich sein, der Staat muss nicht verantwortlich für die Führung von Krankenhäusern sein. Es ist theoretisch denkbar, dass es eine Krankenhauslandschaft ohne staatliche oder öffentliche Trägerschaft gibt. Wenn also finanzielle Not am Mann ist, dann wäre ich persönlich als Bürger dieser Stadt immer der Meinung, zuerst das Loch des Defizits durch den Verkauf der Kliniken an andere bei den Krankenhäusern zu schließen und sicher nicht Schulen verkommen zu lassen. Das wäre immer die Antwort!“[506]

Das Verhältnis des Senats zu den kommunalen Kliniken lässt sich aus deren Sicht als eine „Double-Bind-Struktur“ beschreiben, die „lähmende, weil doppelte, Bindung (…) an paradoxe Botschaften oder Signale und deren Auswirkungen (…) Der Adressat erlebt eine solche Doppelbindung als unhaltbar, unauflösbar, wenig durchschaubar und existentiell bedrohlich.“[507] Die Aussagen zum Erhalt der kommunalen Trägerschaft lassen sich mit den Entscheidungen (Selbstfinanzierung Neubau, Personalabbau, Aufrechterhalten der Unterkapitalisierung) nicht in Einklang bringen. Eine unklare Haltung des Eigentümers trägt nicht dazu bei, eine Unternehmenskultur zu prägen, die von Kooperation und Verantwortlichkeit bestimmt ist.

[506] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2624
[507] Eintrag „Doppelbindungstheorie“, Wikipedia,

4. Autistische Unternehmenskultur

4.1. Ausblendung und Resignation

Zu jeder der direkten Ursachen des Keimausbruchs gab es frühzeitig und andauernd eine Vielzahl von Warnhinweisen und Kritik. Dies führte jedoch bei den Verantwortlichen zu keinen Reaktionen. Die Ausblendung von jeglicher Infragestellung getroffener Entscheidungen und des eingeschlagenen Kurses war so stark, dass sie als ein zusammenhängendes Phänomen erscheint, das über den Einzelfall und über die Einzelperson hinausgeht.

Nach dem Brief der Assistenzärzte Querfurt und Heckmann, die gegenüber der GeNo-Geschäftsführung ihr „Entsetzen und Unverständnis“ über die Absenkung der ärztlichen Personalausstattung durch die KPMG-Ergebnisse ausgedrückt hatten[508] und dies nachrichtlich auch an den Staatsrat Schulte-Sasse geschickt hatten[509], schrieb die ärztliche Geschäftsführerin dazu an den GeNo-Geschäftsführer:

> „Moin Diethelm,
>
> ich möchte Dich nur kurz davon in Kenntnis setzen, dass ich heute morgen mit Huppertz ein intensives Gespräch darüber hatte. Den Aspekt, intern (d.h. mindestens GeNo-Intern) zu lösende Probleme einer neu besetzten senator. Dienststelle darzulegen und was das für ein Bild über die GF-KBM und die GF GeNo verursacht, habe ich ihm dargelegt.
>
> Letztendlich habe ich von ihm angemahnt, als Chefarzt solch ein Schreiben, das angeblich an ihm vorbei verfasst wurde, nicht zu dulden. Ich habe ihn darauf hingewiesen, dass die Personalpolitik nach innen in seine Abteilung, von ihm zu vertreten sei. Und allenfalls er sich dann an die Zentrumsleitung, an die GF, bzw. sekundär an Dich wenden könne und Du, wenn es angebracht ist, mit dem Senator in Kontakt trittst, was hier sicher nicht der Fall sei. Er hat, sagte er, demnächst ein Gespräch bei Dir. Auch dazu ist diese Info gedacht.
>
> Herzliche Grüße und mit Dank für dieses gute Wochenende!
>
> Brigitte“[510]

Die Assistenzärzte Heckmann und Querfurt erhielten ein Antwortschreiben von der Zentrumsleiterin. In diesem hieß es:

> „Verständlich ist, dass das Absenken von Personal nie einfach ist und von uns allen ein hohes Maß an Engagement fordert (…) Mein Erleben im Eltern-Kind-Zentrum im KBM ist, dass Sie als hoch motiviertes Team diesen Veränderungsprozess aktiv mitgestalten wollen.“[511]

Es fand sogar ein Gespräch mit den Autoren über den Brief statt:

---

[508] Schreiben vom 15.06.2011, Band 63, S. 80 f.

[509] Der technisch gesehen gerade noch im Amt war. Joachim Schuster trat die Nachfolge am 01.07.2011 an, http://www.bildung.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen117.c.3688.de

[510] Mail Brigitte Kuss an Diethelm Hansen vom 20.06.2011, Band 63, S. 83

[511] Schreiben Angela Peter an Heckmann und Querfurt vom 21.06.2011, Band 63, S. 94

> „Es gab ein Gespräch mit Herrn Privatdozent Dr. Hansen, mit der pflegerischen Geschäftsleitung Frau Wendorff, mit Frau Peter, ich weiß nicht, ob Frau Kuss auch dabei war, mit der gesammelten Assistentenschaft, auch inklusive fast aller Oberärzte von der Allgemeinpädiatrie, wenn ich mich richtig erinnere, und Professor Huppertz war anwesend. Dort wurden die Punkte dieses Briefes erörtert, es wurde diskutiert, und es wurde noch einmal klargestellt, dass es keine Aufstockung der Stellenzahl zu den genannten Zahlen, die uns damals vorlagen, geben wird.“[512]

Der Vorgang ist symptomatisch. Kritik wurde geäußert – es ist ja auch genügend davon dokumentiert –, aber sie lief ins Leere. Warnhinweise brachen sich an den eisernen Dogmen, die immer wieder vorgetragen wurden, der Sanierung und dem Personalabbau. Der ehemalige kaufmännische Geschäftsführer Richter brachte es in einem Monatsgespräch mit dem Konzernbetriebsrat auf den Punkt:

> „Über das Personalkostenbudget wird nicht diskutiert, sonst scheitert die Sanierung.“[513]

Auch gegenüber dem Stellen von Überlastungsanzeigen wurde nicht wirklich Druck ausgeübt, diese zu unterlassen. Es wurde den Beschäftigten nur verdeutlicht, dass es sinnlos sei. So vermerkt eine der Krankenschwester in der schriftlichen Befragung auf die Frage „Haben Sie schon einmal eine Überlastungsanzeige gestellt? Wenn ja, wie wurde darauf reagiert?“:

> „Nein, aber meine Kolleginnen. Darauf wurde nicht reagiert. Im Frühjahr 2011 wurde uns durch unsere Stationsleitung mitgeteilt, dass die pflegerische Geschäftsleitung uns wissen lässt, dass wir keine Überlastungsanzeigen zu schreiben brauchen, da sie uns angeblich nicht von ‚unserer Verantwortung‘ entbinden. Es wurden weiterhin Überlastungsanzeigen geschrieben.“[514]

Es verwundert vor diesem Hintergrund nicht, dass der Zertifizierungsbericht vom Februar 2011 feststellt:

> „Seit 2009 wurde kein Mitarbeitervorschlag eingereicht, Maßnahmen zur Belebung sind bislang nicht implementiert worden.“[515]

Der Zertifizierungsbericht schließt mit einer Bewertung nach 5 übergeordneten Kategorien und einzelnen Kriterien. Insgesamt müssen von 1.413 möglichen Punkten 55 % erreicht werden als Minimum für eine erfolgreiche Zertifizierung. Am schlechtesten schneidet das KBM bei den Kategorien „Mitarbeiterorientierung“ (56 %) und Qualitätsmanagement (57 %) ab. Beim Kriterium „Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung“ werden 55,6 % erreicht. Beim Kriterium „Mitarbeiterorientierter Führungsstil“ werden ebenfalls 55,6 % erreicht, beim Kriterium „Mitarbeiterideen, -wünsche und –beschwerden“ ganze 11 %. Sehr gute Werte (je 88,9 %) werden dagegen erreicht bei den Kriterien „Operative Verfahren“ und „Umweltschutz“.[516]

Aber auch bei der Geschäftsführung und im Aufsichtsrat löste der Zertifizierungsbericht keine Reaktionen aus – obwohl das KBM das Zertifizierungssiegel auf seinem Briefpapier hat und obwohl der Bericht 2011 so harsch ist, dass der staatsanwaltliche Gutachter Walter Popp feststellte:

---

[512] Alexander Querfurt, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2287
[513] Monatsgespräche des KBR mit der Geschäftsführung GeNo, Dezember 2009, Band 184, S. 49
[514] Schriftliche Anhörung der Pflegekräfte durch die Staatsanwaltschaft, Band 195, S. 62
[515] Band 10, S. 301
[516] Band 10, S. 339

> „(Man) muss sicher sagen, dass das tatsächlich außergewöhnliche Formulierungen sind. Ich habe auch häufig mit Zertifizierungen von Teilen von Krankenhäusern zu tun, und dass man derart deutlich formuliert, dass es nur um die ökonomische Sanierung geht und überhaupt nicht um die Versorgung der Patienten, das habe ich noch in keinem Bericht gelesen.“[517]

Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass es allgemein bekannt war, dass es an allen Ecken und Enden nicht funktionierte – bei der Personalversorgung, bei der Patientensicherheit, bei der Hygiene usw. –, dies aber als ‚normal‘ ausgegeben wurde, vielleicht als Übergangszeit, auf jeden Fall aber als unveränderlich. Für ein solches Betriebsklima trägt die Unternehmensleitung die Hauptverantwortung, die Geschäftsführungen des KBM und der GeNo. Aber auch die senatorische Behörde, die von einem erheblichen Teil der Warnhinweise und Kritiken Kenntnis hatte, vermittelte niemandem das Gefühl, dass solche Warnhinweise irgendeinen Sinn hätten.

4.2. Fehlinformation der Öffentlichkeit

Seit dem Öffentlichwerden des Keimausbruchs war die **öffentliche und mediale Darstellung eine der Hauptsorgen der Leitungen**. Der Leiter der Kinderklinik kümmerte sich unverzüglich darum, den MitarbeiterInnen die ‚richtigen‘ Fakten und Aussagen nahezulegen.

> „An dem Nachmittag, als die erste Pressekonferenz über den Ausbruch stattfand, wurden alle Stationen der Professor-Hess-Kinderklinik und der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin visitiert und auf mögliche Artikel in der Presse vorbereitet und zu einer besonnenen Reaktion bei Diskussionen mit Freunden und Nachbarn ermuntert. In diesem Zusammenhang wurden die Fakten von Morbidität und Mortalität sehr kleiner Frühgeborener thematisiert und auf die aktuelle Situation bezogen.“[518]

Ähnliches versuchte auch die ärztliche Geschäftsführung vor dieser Pressekonferenz bei der staatsanwaltlichen Vernehmung.

> „Frau Dr. Kuss ergänzte: Bei den verstorbenen Kindern habe es sich um sogenannte Frühchen mit einem Geburtsgewicht von unter 1000 Gramm und einer Überlebenswahrscheinlichkeit von unter 50 Prozent gehandelt.“[519]

Hier handelt es sich um **klare Fehlinformation**. Die Überlebenswahrscheinlichkeit von Frühgeborenen unter 1.000 g ist sehr viel höher. Am KBM verstarben 2009 von den 49 Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 Gramm: 12 Kinder (24 %).[520]

Der Geschäftsführer der GeNo ließ sich im November 2011 von einem **externen Kommunikationsberater** beraten. Dieser erarbeitete strategische Ratschläge wie diesen:

> „Für diese Woche sehe ich zwei Aktionsschwerpunkte.
> 1. Es gibt keinen Personalmangel!
> Es hat sich gezeigt, dass wir einen Angriffspunkt – zu wenig Personal auf der Station – unterschätzt haben. (…) Mir ist dieses Thema so wichtig, weil es mir derzeit der

[517] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4788
[518] Huppertz, „Bericht vom 02.11.11, Band 9, S. 150
[519] Vermerk Uwe Picard vom 03.11.2011, Band 17, S. 9
[520] Band 60, S. 234. Entscheidender als das Geburtsgewicht ist das Gestationsalter, d.h. die Schwangerschaftswoche.

> gefährlichste Angriffspunkt gegen Geschäftsleitung und Aufsichtsrat erscheint – hier hätte man Verantwortung gehabt und hätte was tun müssen, so die öffentliche Sicht. Deshalb schlage ich vor, dass ein Papier am Montag vorbereitet wird, in dem unsere Fakten zusammengetragen sind:
>
> Die Personalbesetzung am Klinikum Bremen ist über Bundesdurchschnitt (…)
>
> Die RKI-Empfehlungen für die Personalbesetzung auf Frühchen-Stationen wurden – bis auf zwei Schichten – in diesem Jahr eingehalten (…)
> Frau Matiszick und ihr Team sollten alle Journalisten, die den Sachstand falsch berichtet haben, anrufen und anbieten, diese Unterlage zuzuschicken.“[521]

Hansen leitet dies weiter und schreibt dazu:

> „Wichtig: er hat recht.“

Kurze Zeit nach dem Öffentlichwerden des Keimausbruchs wurde bekannt, dass es bereits vor dem September 2011 an dem Keim erkrankte Kinder gegeben hatte. Dabei wurde auch bekannt, dass bereits im Juli 2011 ein Kind verstorben war. Dieses Kind wurde auch von der Klinik dann im November mit anderen zusammen ans Gesundheitsamt gemeldet und als „infiziert“ geführt. Die Patientenakte wurde am 11.11.2011 beschlagnahmt. In der Akte ist mit Datum vom 9.11. handschriftlich vermerkt: „Prof. Dr. Huppertz hat sich hier [also vermutlich im KBM-Archiv] diese Akte angesehen.“[522] In der Liste „Übersicht Mikrobiologie“ ist dann nachträglich von Hand dazugeschrieben: „verstorben an Hirnblutung!“ und „Keim unwichtig“. In ähnlicher Weise wurde bei dem im Februar 2012 an der Infektion mit dem Erreger verstorbenen Kind, was vom damaligen Chefarzt so in der Anhörung bestätigt wurde[523], nachträglich plötzlich vom kommissarischen Leiter der Kinderklinik mitgeteilt (auf die Frage „Wie ist die Situation der Kinder, bei denen im Februar 2012 der Ausbruchskeim festgestellt wurde?“):

> „Zwei Kinder waren ohne Zusammenhang mit den Klebsiellen verstorben.“[524]

All das erweckt zumindest das ungute Gefühl, dass hier nicht Unsicherheiten und offene Fragen festgehalten werden, um bei der Untersuchung der Ursachen weiterzukommen, sondern das Hauptaugenmerk darauf gerichtet ist, die Dinge so gut wie möglich erscheinen zu lassen.

Der lockere **Umgang mit den Fakten** erstreckte sich, wenn es um die Kliniken ging, bis ins Ressort. Der damalige Staatsrat antwortete im Ausschuss auf die Frage, ob eine Finanzierung des Neubaus aus Landesmitteln jemals vom Senat in Erwägung gezogen worden sei:

> „Sie meinen, der Senat soll irgendwo 214 Millionen Euro herzaubern und dann geben, oder wie ist die Frage zu verstehen? Ich habe die Frage noch nicht verstanden.

---

[521] Mail Jörg Forthmann an Diethelm Hansen vom 27.11.2011, Band 200, S. 169. Am 04.12.2011 empfahl Forthmann eine „Sprachregelung Personalkapazität Pflege“: „Im Schnitt waren 2,8 Pflegekräfte auf der Station. Aber ungünstige Verteilung über die Schichten“ (Band 200, S. 161), die sich genau so in Hansens Präsentation für den Aufsichtsrat am 14.12.2011 findet (die Vorlage ist datiert auf den 5.12.2011), s. Band 60, s. 115.

[522] Band 28, S. 411. Zu den Belegen für die Infektion siehe Anmerkung 22 auf S. 18.

[523] Theodor Körner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 9-1068

[524] Schreiben vom 19.09.2012, Band 208, S. 7

> Abg. Frau Bernhard: Faktisch ja! Es über den gewissen Zeitraum aufzunehmen und zu sagen, wir finanzieren diesen Teilersatzneubau, um die GeNo an der Stelle zu entlasten (…)
>
> Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Ich muss noch einmal nachfragen, damit ich die Frage richtig verstehe und dann auch vernünftig beantworten kann. Ihre Vorstellung ist, nicht die GeNo, sondern der Senat nimmt den Kredit auf und reicht ihn dann quasi ohne Bedingungen und Konditionen weiter an die GeNo, und die kann dann arbeiten? Dann habe ich es jetzt verstanden. Nein, diese Überlegung ist zu keinem Zeitpunkt diskutiert worden, und zwar schlicht und einfach deshalb nicht, weil das haushaltssystematisch - nun bin ich kein Haushaltspolitiker, fragen Sie mich also bitte nicht nach Details - im Rahmen der Überschuldung des Landes und der Notwendigkeit der Haushaltskonsolidierung der öffentlichen Finanzen keine Möglichkeit gewesen ist.“[525]

Hier wird etwas, das eine politische Entscheidung des Senats war, als „haushaltssystematisch“ gar nicht anders machbar dargestellt, als wenn es rechtlich verboten wäre, dass der Senat seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen nachkommt.

4.3. Patriarchale Unternehmenskultur

Insgesamt wurde in den Anhörungen eine Haltung der Verantwortlichen in Klinikleitung, GeNo-Leitung und Senat deutlich, die wesentlich dazu beigetragen hat, dass die Probleme nicht bearbeitet werden *konnten*. Auch während der Dauer des Untersuchungsprozesses wurde auf neue Kritik nicht etwa mit inhaltlicher Auseinandersetzung geantwortet, sondern mit Versuchen, die persönliche Glaubwürdigkeit des Kritikers anzugreifen, so dass sich die Auseinandersetzung mit der Kritik erübrigen möge. Sowohl beim Bericht des staatlichen Desinfektors als auch beim Gutachten des staatlichen Gutachters Walter Popp wurde von der KBM-Leitung wie von der senatorischen Behörde versucht, Fehler in Detailfragen zu behaupten und dadurch die gesamte Kritik vom Tisch zu wischen. Eine solche Haltung mag vor Gericht eine mögliche Strategie sein, bei der Aufklärung der Ursachen eines Versagens in der öffentlichen Daseinsvorsorge deutet sie darauf hin, dass die Abwehr von Schuldfragen und sogar die Abwehr von Fakten wichtiger genommen wird als eben diese Aufklärung.

Diese inhaltliche Defensivität, die mit einem aggressiven Auftreten und einer betonten ‚Macher-Haltung‘ überspielt wurde, ist Symptom einer tief patriarchalen Unternehmenskultur. Während man die Probleme immer weniger kontrollieren konnte, wollte man zumindest den Informationsfluss kontrollieren:

> „Herr Dr. Hansen (…) schlägt vor, die Zahlen von KPMG in der nächsten KBR-Sitzung vorzustellen. Marianne Carl weist darauf [hin], dass bis zum heutigen Tag keine schriftlichen Unterlagen vorliegen. Auf die Forderung der Konzernbetriebsräte nach Unterlagen der Fa. KPMG erklärt Dr. Hansen, dass in der GF diskutiert wird, welche Unterlagen veröffentlicht werden dürfen.“[526]

Hygiene galt als nachgeordneter Bereich, ebenso wie interne Kommunikation. Wichtig waren männlich besetzte Handlungsfelder wie gutes Operieren, betriebswirtschaftliche Steuerung und die Fähigkeit, einen knallharten Sparkurs durchzusetzen. Während die

[525] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung19-2708 f.
[526] Monatsgespräche KBR mit Geschäftsführung GeNo, April 2010, TOP 10 Ergebnis KPMG, Band 184, S. 81

Verantwortlichen gern vom „Wir“ sprachen, wenn es um die Sanierung geht, hört bei der Reinigung das „Wir“ auf.

> „Vorsitzende: Reinigen Sie mit Einmalhandschuhen?
>
> Zeuge Dr. Böhle: Das Reinigungspersonal, ja!
>
> Vorsitzende: Entschuldigung! Lassen Sie mit Einmalhandschuhen reinigen, so herum muss man es sagen.“[527]

Was dem **‚weiblichen Bereich‘** zugeordnet wird, lässt sich – so die Logik der Leitkultur, die in der GeNo aufgebaut und vom Senat geteilt und gefördert wurde – outsourcen, schlechter bezahlen, schneller und mit weniger Personal machen. Personalaufbau fand dagegen in Form zusätzlicher Leitungsstrukturen statt wie den Zentrumsleitungen, die inzwischen alle wieder verschwunden sind, ohne dass dies eine Lücke zu hinterlassen scheint.

Krankenhäuser sind traditionell Orte patriarchaler Betriebskultur. Das beginnt mit dem Stand der Ärzte, der – zumindest was die leitenden Positionen anlangt – weitestgehend männlich ist. Es setzt sich fort beim Frauenanteil in Leitungspositionen, bei dem das KBM Schlusslicht des Klinikverbunds ist.[528] Es geht weiter mit der Tatsache, dass hinsichtlich der Einhaltung der Hygienevorschriften der männliche Teil der Ärzteschaft diese am wenigsten einhält.

> „In Untersuchungen zur Compliance der Händehygiene zeigt sich, dass die Männer, die Ärzte signifikant schlechter sind. Es sind, wenn man es am Geschlecht festmacht, die Männer. Männlich sein ist ein Risikofaktor. Sehr hohe Bildung, die Ärzte, und die sehr geringe Bildung, die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, haben auch eine unterdurchschnittliche Compliance. Das zeigt sich in mehreren Studien, dazu gibt es gute Studien.“[529]

Heute sind zwar zwei Drittel der Studienanfänger in Medizin Frauen, aber spätestens nach dem Examen sinkt der Frauenanteil deutlich unter 50%. Auf Leitungsebene sind die Frauen dann endgültig nur noch selten zu finden, bei den leitenden KrankenhausärztInnen liegt der Anteil bei ca. 10 Prozent. Ähnlich ist es bei den Medizin-Professorinnen, hier sind es lediglich noch 10 Prozent.[530]

Das immer noch vorherrschende **konservative Geschlechterrollenverständnis** ist ein wesentliches Hemmnis dabei, der Hygiene in Krankenhäusern den Stellenwert beizumessen, der ihr zukommt. Die Hygienemedizin hat als Wissenschaftszweig an Bedeutung gewonnen, ihre konsequente Umsetzung wird allerdings nicht nur durch den allgegenwärtigen Kostendruck konterkariert, sondern leidet auch an den klassischen Arbeitsteilungen und ihren Wertigkeiten entlang der Geschlechterlinien. Operiert wird in Krankenhäusern überwiegend von Männern, gereinigt wird von Frauen. Anweisungen werden im Wesentlichen von Männern gegeben, von Frauen ausgeführt.

---

[527] Arnd Böhle, Protokoll der öffentlichen Anhörung 26-3712

[528] Zielvereinbarung 2012, Anteil Frauen in Leitungspositionen, Band 187, S. 308

[529] Patrick Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-561 f.

[530] Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(12): A-609 / B-539 / C-527, http://www.aerzteblatt.de/archiv/59406; Frauen in der Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen – Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004, Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK) Bonn 2010, http://www.gwk-bonn.de/fileadmin/Papers/GWK-Heft-17-Frauen-in-der-Medizin.pdf

Diese Aufteilung war auch im Untersuchungsausschuss deutlich zu erfahren. Experten waren durchgängig Männer, leitende Ärzte fast ebenfalls nur Männer, auch bei der Befragung war diese grundlegende Zuschreibung mehr oder weniger prägnant zu bemerken.

Angesichts der Tatsache, dass Reinigung und Desinfektion aufgrund der lebensgefährlichen Infektionen in Krankenhäusern durch Keime inzwischen eine geradezu leitwissenschaftliche Bedeutung zukommt, ist die Haltung gegenüber diesem Arbeitsbereich nicht nur nicht mehr zeitgemäß, sondern hochgradig fahrlässig. Hier müssen tief eingeschliffene Vorurteile, Zuschreibungen von höherwertig und minderwertig, Hierarchiedenken abgearbeitet und abgebaut werden. Notwendige Veränderungen reichen von der Bezahlung über die Qualifikationen bis hin zu Weisungsbefugnissen.

Auch der **Mythos von den „patientenfernen Bereichen“**, die angeblich weiter weg vom Patienten sind, weniger wichtig für seine Gesundheit und ohne große Verantwortung, ist ein männlicher Mythos, und ein gefährlicher. Im Krankenhaus ist nichts wirklich ‚hygienisch weit weg‘ vom Patienten, die Reinigung genauso wenig wie die Wäscherei oder der Essensdienst.

Es ist kein Zufall, dass das KBM keine hygienebeauftragten Pflegekräfte hatte: Die Vorstellung einer Pflegekraft, die für den ihr anvertrauten Bereich dann auch Weisungsbefugnisse hat, vertrug sich nicht mit der patriarchalen Unternehmenskultur der männlichen Macher. Eine **gleichwertige Beachtung** von medizinischen, pflegerischem und Reinigungspersonal, die sich gegenseitig respektieren und wertschätzen (und das mit dem gleichen Arbeitgeber und innerhalb des gleichen Tarifs), ist für ein zukunftsfähiges Krankenhaus und für eine qualitative hochwertige Gesundheitsversorgung unerlässlich.

5. Diskussion

Auf der Station 4027 war zu wenig Pflegepersonal vorhanden, um die Frühgeborenen-Versorgung risikoarm zu betreiben. Diese **direkte Ursache** des Keimausbruchs ging **nicht** auf das – immer wieder geschilderte – Problem zurück, dass freiwerdende Stellen nicht oder nicht sofort nachbesetzt worden wären (Vakanzhaltung). Auf den Stationen 4027 und 4028 wurden im Jahr 2011 freiwerdende Stellen unmittelbar nachbesetzt; der Personalbestand in der Pflege hat sich gegenüber dem von KPMG für 2008 festgestellten Stand nicht wesentlich reduziert. Für eine angemessene Personalausstattung entsprechend der KRINKO-Empfehlung hätte auf der Station 4027 Personal **aufgebaut** werden müssen, also der Personalbestand erhöht, insbesondere nachdem die Bettenzahl ab April 2010 erheblich erhöht worden war.

Diese Option war nicht vorgesehen. Die Idee, Personal einzustellen nicht als Ersatz für ausgeschiedenes Personal, sondern um die Besetzung zu steigern, erschien in der Logik des „Sanierungskurses“ als so außergewöhnlich, dass sie von den Geschäftsführungen, der Kinderklinik- und der Zentrumsleitung nicht in Betracht gezogen wurden.

Die Unterbesetzung der Frühgeborenen-Abteilung war somit eine **Folge des generellen Personalabbaus**, der von der GeNo-Leitung und vom Senat als zentrales Element der **Sanierungsstrategie** definiert worden war. Der Sanierungskurs erzeugte ein Klima, in dem personelle Engpässe allgegenwärtig waren, mit Überlastung, Beschwerden und Warnhinweisen gerechnet wurde und dies alles als unvermeidlich galt.

Dass diese Strategie auch wirtschaftlich falsch war, ändert nichts am Befund, verstärkte den Druck jedoch zusätztlich. Die „Sanierungsstrategie“ beruhte auf einer **falschen Analyse** und falschen Berechnungen (Steuerung nach reiner Fallzahl), die zu chronischer Unterbesetzung und dadurch zu Leistungsabfall und Erlöseinbrüchen führen musste. Die Antwort der GeNo-Leitung darauf war, auf noch mehr Personalabbau zu drängen, um das Betriebsergebnis zu verbessern.

Alle direkten Ursachen des Keimausbruchs stehen in einem ursächlichen Zusammenhang mit der **finanziellen Unterausstattung des Klinikverbunds**. Unterbesetzung, Zentralisierung der Neonatologie, Verkürzung der Reinigungszeiten, Abbau der zusätzlichen Reinigungsleistungen (Regiestunden), verringerte Zahl von Gremiensitzungen (Hygienekommission), personelle Unterausstattung des Hygienemanagements, unterlassene Renovierungen und Ersatzbeschaffungen: Für alles war das Bestreben, Kosten zu verringern, das treibende Moment.

Die finanzielle Unterausstattung des Klinikverbunds ist daher eine **wesentliche indirekte Ursache des Keimausbruchs**. Sie wurde verursacht durch die Entscheidung des **Senats**, die Kosten des Teilersatzneubaus aus dem laufenden Betrieb der GeNo zu bestreiten, anstatt die Investitionskosten durch das Land zu übernehmen, wie es gesetzlich vorgesehen gewesen wäre. Mit dieser Belastung und den daraus resultierenden Wirtschaftsplänen war ein medizinisch risikoarmer Betrieb auf allen Stationen der GeNo-Kliniken nicht zu vereinbaren.

Auch die **mangelhafte staatliche Aufsicht** und Kontrolle durch das Gesundheitsamt war den unzureichenden personellen Kapazitäten (im Gesundheitsamt selbst) geschuldet, die wiederum auf den allgemeinen Personalabbau zurückgingen.

Der finanzielle Kürzungskurs und der massive Personalabbau waren **vom Senat per Beschluss vorgegeben**, ebenso die Auslagerung der Reinigung.

> „Dieser Weg war, und ich sage das noch einmal, politisch gewollt. Dieser Weg war auch ohne andere Möglichkeiten.“[531]
>
> Das [der Weg] war ja nicht seiner, das war ja auch die Politik, das haben Herr Schulte-Sasse und andere Leute ja vorgegeben. Herr Hansen ist ja nicht hergekommen und hat gesagt, ich mache das einmal so. Es ist ihm ja gesagt worden.“[532]
>
> „Das Fazit aus meiner Sicht ist, dass der Auftrag des Senats [aus den Jahren 2007 und 2008] bis Ende 2011 umgesetzt wurde.“[533]

Die Steuerung der kommunalen Kliniken war dem Senat durch die Holding-Struktur nicht entzogen, er hätte jederzeit in alle Entscheidungen eingreifen können. Ebenso hätte die GeNo-Geschäftsführung deutlich machen können, dass Korrekturen am eingeschlagen Kurs erforderlich sind. Beides geschah nicht. **GeNo-Leitung und Ressort waren sich in der Ausrichtung einig** und arbeiteten ja auch bei der Erstellung der entscheidenden Senatsvorlage vom Juni 2008 zusammen.

Das Durchstellen der kritischen Entscheidungen und des Personalabbaus wurde durch die Strukturen der **organisierten Verantwortungslosigkeit** erleichtert und befördert, die teils von der GeNo-Leitung (ebenfalls gedeckt durch Senatsbeschluss und Aufsichtsrat) geschaffen wurden, in Teilen auch älteren Datums waren.

Trotz der eindeutigen Festlegung des Senats und der GeNo-Leitung auf den Kurs der Kürzung, des Personalabbaus und der Reinigungsverbilligung hätte es in den zwei Jahren 2010 und 2011, als die gravierenden Folgen für die Patientensicherheit immer offensichtlicher wurden, zu Reaktionen im Klinikverbund und in der senatorischen Behörde kommen müssen, um diese Grundsatzentscheidungen in Frage zu stellen, zumindest in der Totalität oder sogar noch Übersteigerung ihrer Umsetzung. Dies geschah trotz vieler Warnhinweise und vorgetragener Kritik nicht. Dafür war eine zunehmend autistische **Betriebskultur** ursächlich, die nicht nur im „Sanierungskurs“ wurzelte, sondern auch in patriarchaler Betriebskultur, Hierarchien zwischen Dienstarten und Berufsgruppen und einer als Managementqualität verstandenen Unbeirrbarkeit durch die Tatsachen.

Es gibt **keine** Hinweise darauf, dass die GeNo-Leitung deutlich vor dem Öffentlichwerden des Keimausbruchs über diesen informiert gewesen wäre und versucht hätte, den Ausbruch zu **verheimlichen**. Allerdings war der Geschäftsführer der GeNo am 27.10.2011 über den Ausbruch informiert, ohne unverzüglich die senatorische Behörde bzw. die Senatorin als Aufsichtsratsvorsitzende in Kenntnis zu setzen, was stattdessen am 1.11.2011 das Gesundheitsamt tat. Dies deutet zumindest darauf hin, dass seitens der GeNo-Leitung zunächst auf eine interne Bewältigung gehofft wurde.

> „Auf Nachfrage gibt Herr Hansen an, dass [er] am Donnerstagabend (27.10.) die Nachricht aus dem Klinikum Mitte erhalten hat. Anmerkung: Mein letztes Gespräch mit

[531] Ingelore Rosenkötter, Protokoll der öffentlichen Anhörung 20-2820
[532] Wolfgang Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1630
[533] Diethelm Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1102

Herrn Hansen datiert vom Mi. (26.10.) Er versichert mir, dass er mich selbstverständlich sonst am 26.10. [also im Rahmen des Gesprächs] informiert hätte.“[534]

Ähnliches gilt für den Leiter der Kinderklinik, der seine Skepsis gegenüber der Meldung am 7.09.2011 äußerte.

Die Verantwortungen für die direkten und die indirekten Ursachen des Keimausbruchs stellt sich im Überblick so dar:

DIREKTE URSACHEN	Entscheidung	Mitverantwortung	Aufsicht/ Kontrolle
Personelle Unterausstattung in der Pflege			
Zu wenig Personal angestellt (Nichteinhaltung KRINKO)	GF GeNo PGF KBM	Ltg. KiKli ÄGF KBM stellv. ÄGF KBM	AR GeNo AR KBM Ressort (17)
Zentralisierung als Bettenaufstockung ohne Personalaufstockung			
Unterbesetzung auf 4027 (Dienstplan)	Ltg. KiKli PGF KBM Ltg. ElKi	ÄGF KBM stellv. ÄGF KBM	
Geringer Fachweiterbildungs-Anteil (Qualifikation)			
Mangelhafte Reinigung und Desinfektion			
Schlechte Qualität der Reinigung	R+S GF GND GF KBM	GF GeNo GF KBM	AR GeNo AR KBM
Zu wenig Reinigungsstunden			
Mangelhafte und widersprüchliche Handlungsanweisungen		ÄGF KBM stellv. ÄGF KBM	
Mangelhafte Schulung			
Auslagerung und Fremdmanagement	Senat (17) Ressort	GF GeNo GF KBM	
Mangelhaftes Hygienemanagement			
Mangelhafte Dokumentation und Auswertung der Patientenbefunde	Ltg. KiKli	ÄGF KBM stellv. ÄGF KBM Hyg.komm.	
Mangelhafte Dokumentation und Auswertung der Umgebungsbefunde	KH-Hygieniker		
Unterlassene Meldungen nach IfSG	Ltg. KiKli		
Unterlassene Stationsschließung			
Unterbesetzung der Hygienestrukturen (ÄGF, HFK, KH-Hyg, HK)	GF GeNo ÄGF KBM	Ressort (17)	
Ineffizientes Ausbruchsmanagement		GAB	Ressort (18)
Wiedereröffnung trotz Mängeln	GF GeNo ÄGF KBM	GAB	Ressort (18)

[534] Notiz der Senatorin: Telefongespräch mit Herrn Hansen, 2.11.2011, 20.28 Uhr, Band 1, S. 74

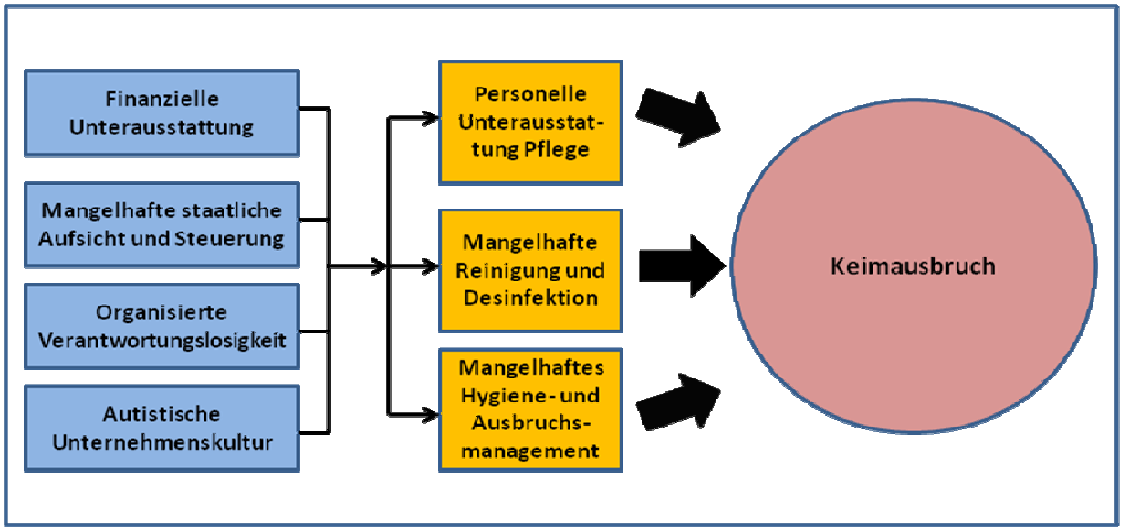
INDIREKTE URSACHEN	Entscheidung	Mitverantwortung	Aufsicht/ Kontrolle
Finanzielle Unterausstattung der kommunalen Kliniken			
Personalabbau	Senat (17) Ressort (17) SF	GF GeNo GF KBM KPMG	AR GeNo AR KBM
Fehlgesteuerte Personalentwicklung			
Überlastung durch TEN-Selbstfinanzierung		GF GeNo GF KBM PwC	
Mangelhafte staatliche Aufsicht und Steuerung			
Zu wenig Begehungen	GAB	Ressort	
Zu wenig Personal beim GAB	Ressort (17)	Senat SF	
Mangelhafte fachpolitische Steuerung	Ressort (17)	Senat	
Ineffiziente Organisationsstruktur			
Verunklarung durch Zentrenkonzept	Senat (17) GF GeNo		AR GeNo
Unterordnung der Neonatologie unter die Kinderklinik	GF GeNo (alt)	GF KBM (alt)	AR GeNo AR KBM
Auslagerung von Entscheidungen an private Consultingfirmen	Senat (17) GF GeNo	GF KBM Ressort (17)	AR GeNo AR KBM
Double-Bind des Senats gegenüber den kommunalen Kliniken	Senat		
Autistische Unternehmenskultur			
Ausblendung und Resignation	GF GeNo GF KBM	Ressort (17)	AR GeNo AR KBM
Fehlinformation der Öffentlichkeit	GF GeNo GF KBM Ltg. KiKli	Ressort (18)	
Patriarchale Unternehmenskultur	GF GeNo	Senat (17)	

Deutlich wird, dass für die direkten Ursachen des Keimausbruchs der Geschäftsführung der GeNo, in zweiter Linie der Geschäftsführung des KBM und der Leitung der Kinderklinik eine herausragende Verantwortung zukommt. Für die indirekten Ursachen tragen schwerpunktmäßig der Senat der 17.Legislaturperiode sowie die damalige Ressortleitung die Verantwortung.

V. Konsequenzen und Empfehlungen

Der Keimausbruch auf der Frühgeborenen-Abteilung des KBM ist kein isolierter Vorgang. Er geht zu einem erheblichen Teil auf Ursachen zurück, die nicht auf die Station oder die Kinderklinik beschränkt sind. Er ist letztlich das Ergebnis einer **umfassenden Fehlsteuerung des kommunalen Klinikverbunds durch den Senat,** die aus Krankenhäusern Profitcenter und aus fachlicher Aufsicht Kürzungskontrolle gemacht hat. **Bei allen Mängeln im Einzelnen fehlte es hauptsächlich an Personal, an Geld und an politischer Verantwortung.**

Die Empfehlungen des Mehrheitsberichts ordnen sich in dieses Gefüge ein, statt es aufzubrechen. **Sie stellen den „Sanierungskurs“ nicht in Frage, sondern setzen ihn vorsichtiger fort.** Von den 42 Empfehlungen des Mehrheitsberichts handelt die Hälfte (19) von besserer Prüfung und Kontrolle. Bessere Personalausstattung in der Pflege wird nur für eine Station gefordert, die bis auf weiteres geschlossen ist. Von Geld ist nur auf der Bundesebene die Rede. Vom Senat wird nicht mehr erwartet, als sich auf Bundesebene „einzusetzen“ und „hinzuwirken“ und ansonsten viel zu „prüfen“. Die entscheidenden Ursachen bleiben dabei außen vor.



Die meisten der im Mehrheitsbericht ausgesprochenen Empfehlungen sind nicht falsch. Sie bewegen sich nur in gebührendem Abstand von den eigentlichen Problemen: Dem Personalabbau, der Unterfinanzierung, den bisherigen Regierungsvorgaben. Dadurch sind die Mehrheitsempfehlungen unvollständig und bleiben an der Oberfläche. Für eine wirkliche Verringerung der Patientenrisiken sind sie unzureichend. Weder die Neonatologie noch die Krankenhaushygiene können sichere Inseln sein in einem System, das Patientensicherheit unter einen umfassenden Finanzierungsvorbehalt stellt. Die Aussage des Mehrheitsberichts, dass „Keimvorfälle“ nun einmal „zum Alltag in deutschen Kliniken (…) gehören“[535], ist ebenso vielsagend wie verräterisch. Infektionen sind Alltag in Kliniken. Keimausbrüche dagegen haben im Alltag deutscher Kliniken nichts verloren. Das Gesundheitssystem kann keine Sicherheit vor Bakterien versprechen. Aber den Keim vom Nachbarn im Nebenbett kann und darf man nicht übertragen bekommen.

[535] Mehrheitsbericht S. 46

Die Empfehlungen müssen der Ursachenanalyse folgen, wenn aus dem Keimausbruch angemessene Konsequenzen folgen sollen. Sie müssen darauf zielen, die direkten und die indirekten Ursachen zu bekämpfen, um künftige Keimausbrüche zu verhindern und in ihren Folgen zu begrenzen – auf Frühgeborenen-Abteilungen, aber auch generell in hygienesensiblen Abteilungen und in Krankenhäusern überhaupt. Empfehlungen dürfen kein Warenlager sein, aus dem die Politik sich nur diejenigen heraussucht, die am wenigsten kosten oder die in fremden Verantwortungsbereichen liegen.

Die nachstehenden Empfehlungen konzentrieren sich auf Konsequenzen, die im Einflussbereich des Klinikverbunds und der Landesregierung liegen. Es ergeben sich jedoch auch Empfehlungen für veränderte Regelungen auf Bundesebene.

1. Maßnahmen zur Bekämpfung der direkten Ursachen

1.1. Bessere personelle Ausstattung in der Pflege

(1) **Die Zahl qualifizierten Pflegepersonals an den kommunalen Kliniken, insbesondere am KBM, ist dringend und dauerhaft zu erhöhen.** Dafür muss eine Bedarfs- und Risikoerhebung erfolgen, die sich an den Erfahrungen der Stationen, am Casemix und am Vergleich mit Kliniken mit guten hygienischen und pflegerischen Ergebnissen orientiert.

(2) In der Neonatologie ist die **Empfehlung der KRINKO** unverzüglich und bindend umzusetzen: „Im Intensivtherapiebereich soll ein Pflegeschlüssel von 3:1 (Pflegekräfte pro Bett), im Überwachungsbereich von 2:1 vorgehalten werden, wobei ein möglichst hoher Anteil an Pflegekräften mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung in pädiatrischer Intensivpflege anzustreben ist.“

(3) Ebenfalls ist die **Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses** bindend einzuhalten: „Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder -pflegerinnen mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ (…) beträgt mindestens 40 %. (…) Es sollte möglichst in jeder Schicht ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und/oder -pflegerin mit Fachweiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ eingesetzt werden.“

(4) Bei der Aufstockung des Pflegepersonals an den kommunalen Kliniken sind die besonders **hygienesensiblen Bereiche zuerst** zu berücksichtigen.

(5) Die Verpflichtung auf die Einhaltung der KRINKO-Empfehlungen und der GBA-Vorgaben sowie generell auf eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Ausstattung mit Pflegepersonal ist in die **Hygieneverordnung** aufzunehmen.

1.2. Aufwertung und Verbesserung der Reinigung

(1) Die Reinigung soll **wieder in die einzelnen Krankenhäuser eingegliedert** werden. Das Reinigungspersonal ist den anderen Dienstarten gleichzustellen (Bezahlung nach TVÖD, Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen). Die Auslagerung von Dienstleistungen an die R+S oder eine andere Fremdfirma ist unverzüglich, vollständig und ausnahmslos zu beenden. Der Empfehlung V.1 des Mehrheitsberichts, wonach die Qualitätskontrolle erneut ausgelagert werden sollen, wird scharf widersprochen. Die Reinigung *gehört* zum

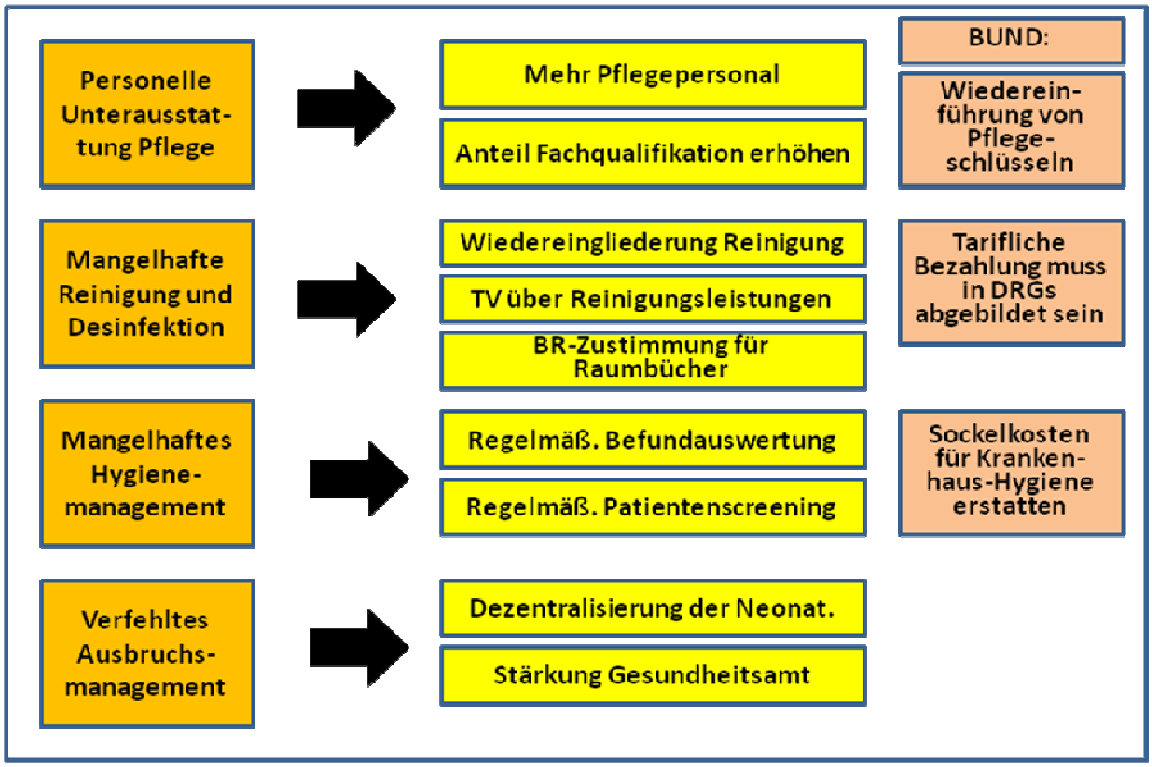
„Kerngeschäft“[536] eines Krankenhauses und muss von diesem verantwortlich und qualifiziert wahrgenommen werden.

(2) Für die Reinigung sind deutlich **niedrigere Leistungskennzahlen** (d.h. mehr Zeit für die Reinigung) festzulegen. Diese sollen wie bei der Gebäude-Eigenreinigung mit der zuständigen Gewerkschaft ausgehandelt und in einem transparenten System durch eine formale **Einigungsvereinbarung** verbindlich festgelegt werden. Sie sollen auch der Zustimmung des Krankenhaus-Hygienikers bedürfen.

(3) Die Zuordnung der Räume zu den Raumgruppen und Zeitaufschläge aufgrund besonderer Umstände sind zwischen den Geschäftsführungen der kommunalen Krankenhäuser und dem **Betriebsrat** der GND in einem transparenten Verfahren gemeinsam festzulegen.

(4) Das Reinigungspersonal muss den einzelnen Stationen fest zugeordnet und in das **Stationsteam** einbezogen sein.

(5) Die Kontrolle der Reinigungsleistung und des Reinigungssystems muss fester Bestandteil der Krankenhaus-Kontrolle durch das Gesundheitsamt werden.



1.3. Verbesserung des Hygienemanagements

(1) Eine kontinuierliche, gemeinsame **Auswertung der Patienten- und Umgebungsbefunde durch das Stationsteam** ist der Dreh- und Angelpunkt eines guten Hygienemanagements. Dies kann durch ein elektronisches Dokumentationssystem (Hybase) unterstützt, aber nicht ersetzt werden. Notwendig für eine erfolgreiche gemeinsame Befundauswertung sind hinreichend Zeit und die Beteiligung aller Dienstarten.

[536] Tomislav Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3628

(2) Auf allen Stationen ist ein **wöchentliches Patientenscreening** vorzunehmen. Stationen müssen ihr Keimspektrum kennen. Das Erkennen von Besiedelungen mit pathogenen Keimen ist eine Voraussetzung, Hygienemaßnahmen zu verschärfen und Übertragungen und Infektionen zu verhindern.

(3) Die Empfehlungen des Mehrheitsberichts zur **verbindlichen Stärkung der personellen Kapazitäten und Kompetenzen des Hygienemanagements** werden geteilt: Krankenhaus-Hygieniker in Vollzeit für jedes Krankenhaus; Berichtspflicht des KH-Hygienikers über Nichteinhaltung seiner Vorgaben; Weisungsrecht des KH-Hygienikers; Hygieneschulungen für ärztliche, pflegerische und ReinigungsmitarbeiterInnen.

(4) Die Bestellung **hygienebeauftragter Pflegekräfte** ist, entsprechend der Bestellung hygienebeauftragter ÄrztInnen, in die Hygieneverordnung aufzunehmen.

(5) Für die **Hygienekommission** ist ein monatlicher Sitzungsrhythmus vorzusehen. Die Teilnahme einer Vertreterin/ eines Vertreters des Reinigungspersonals ist sicherzustellen. Zu den Aufgaben der Hygienekommission gehört die laufende Anpassung des Hygieneplans an den Stand der medizinischen Wissenschaft. Offene und umstrittene Fragen in diesem Bereich sind kontinuierlich zu verfolgen.

(6) Über die erforderliche **Überarbeitung der Pläne für den Teilersatzneubau** Mitte unter hygienischen Gesichtspunkten ist der städtischen Deputation für Gesundheit und der Bürgerschaft schriftlich zu berichten.

(7) Der Klinikverbund soll durch Weiterbildung dafür sorgen, wieder über einen staatlichen geprüften **Desinfektor** zu verfügen.

1.4. Zuverlässiges Ausbruchsmanagement

(1) Die Frühgeborenen-Behandlung in Bremen ist **dauerhaft an mehreren Standorten** (Mitte, Nord, LdW) anzusiedeln. Die Untersuchungen des Ausschusses haben gezeigt, dass das Argument drohender Versorgungsengpässe durch Ausfall des einzigen Level-1-Standorts sich blockierend ausgewirkt hat und rechtzeitiges Ausbruchsmanagement, Aufnahmestopp und Stationsschließung dadurch hinausgezögert wurden. Der Empfehlung des Mehrheitsberichts, die Neonatologie nach Fertigstellung des Teilersatzneubaus wieder am Standort Mitte zu zentralisieren, wird ausdrücklich **widersprochen**.

(2) Dem **Gesundheitsamt** kommt die Aufgabe zu, die qualifizierte Durchführung des Ausbruchsmanagements an allen Kliniken in der Stadtgemeinde zu beaufsichtigen und durchzusetzen. Eine fachliche und personelle **Aufstockung** des Gesundheitsamts ist dafür erforderlich (Aufstockung des Referats Infektionsepidemiologie).

(3) Bei **jedem** gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen, evtl. auch bereits beim gehäuften Auftreten von Nachweisen in der Umgebung oder in Form von Besiedlungen, muss ein organisiertes **Ausbruchsmanagement** stattfinden. Hierfür ist jeweils ein **Ausbruchsmanagement-Team** einzusetzen. Dessen Aufgaben sind es, Maßnahmen zur Erhöhung der Hygienebarrieren und zum Patientenschutz zu definieren, Untersuchungen zur Ursachenanalyse durchzuführen, Maßnahmen zur Beendigung des Ausbruchs und zur künftigen Prävention zu identifizieren und den Ausbruch abschließend zu dokumentieren.

(4) Das Verfolgen **aktueller Entwicklungen** an anderen Krankenhäusern und die Bewertung aktueller Entwicklungen im Ausbruchsmanagement gehört zu den Aufgaben der Hygienekommission. Die **zuständige Landesbehörde** für Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz muss auf Landesebene angesiedelt sein, d.h. bei der senatorischen Behörde. Die Empfehlung des Mehrheitsberichts VII.1 wird daher geteilt.

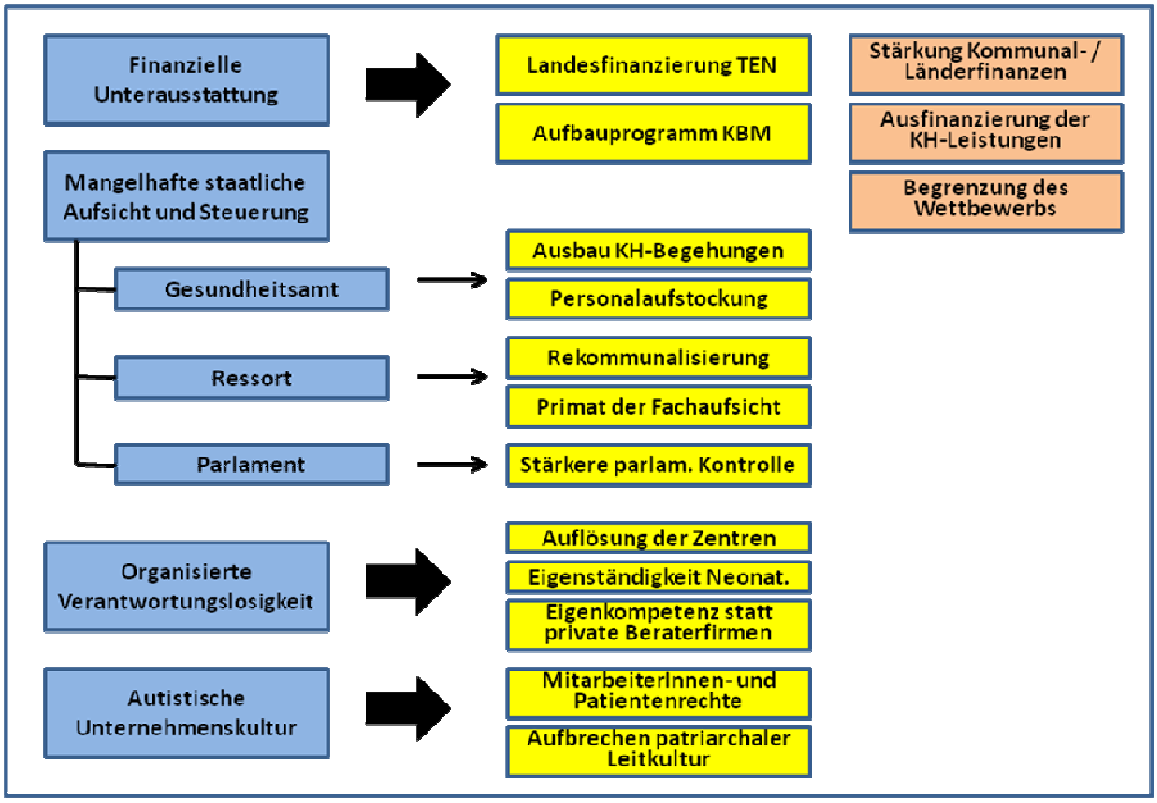
(5) Für das Erkennen von Ausbrüchen ist die **Feststellung von Todesursachen** wesentlich. Die Forderung des Mehrheitsberichts nach Einführung der qualifizierten Leichenschau wird geteilt. Ebenso wichtig ist, dass bei im Krankenhaus Verstorbenen unverzüglich ein Abstrich und eine Keimprobe der Blutkultur gemacht werden.

2. Maßnahmen zur Bekämpfung der indirekten Ursachen

2.1. Beendigung der chronischen Unterfinanzierung der kommunalen Kliniken

(1) Die **Kosten des Teilersatzneubaus Bremen-Mitte** müssen vollständig vom Land Bremen übernommen werden. Die Finanzierung aus dem laufenden Betrieb stellt eine untragbare Belastung der kommunalen Krankenhäuser dar, die negativ auf die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit durchschlägt. Dieser Zustand muss unverzüglich durch einen Senatsbeschluss korrigiert werden.

(2) Die mittelfristige Entwicklungsplanung, die Wirtschaftspläne der GeNo und der einzelnen kommunalen Kliniken sowie die Planung der Personalentwicklung sind auf dieser Grundlage anzupassen.



2.2. Stärkung der Krankenhaus-Aufsicht und Steuerung

2.2.1. Verbesserte Aufsicht durch das Gesundheitsamt

(1) Die Krankenhaus-Aufsicht durch das Gesundheitsamt muss massiv gestärkt werden. Als Minimalziel ist eine **jährliche gründliche Überprüfung der Krankenhäuser** vorzusehen, die sich am **niederländischen Modell** orientiert und eine Begehung von mehreren Tagen bis zu 2 Wochen umfasst. Die bisherige Krankenhausaufsicht durch das Gesundheitsamt ist unzureichend und weder durch Hygiene-Audits, noch durch eine bloße Erhöhung der Zahl der Krankenhaus-Begehungen ausreichend zu verbessern.

(2) Die Empfehlungen des Mehrheitsberichts zur Durchführung auch **unangekündigter Begehungen** und zur systematischen Nachkontrolle werden geteilt.

(3) Das Gesundheitsamt ist auch für diese Aufgaben **fachlich und personell aufzustocken.** (Einrichtung von 2 Vollzeitstellen, die ausschließlich für die Kontrolle der Krankenhäuser zuständig sind).

2.2.2. Fachliche Steuerung durch das Ressort

(1) Die Steuerung der kommunalen Kliniken in der bisherigen Form hat sich als nicht funktionstüchtig und als nicht hinreichend durch den Eigentümer kontrolliert erwiesen. Die kommunalen Kliniken sollen daher wieder in **kommunale Eigenbetriebe** überführt werden.

(2) Bei der Steuerung der kommunalen Kliniken ist das **Primat der Fachabteilung** über das Beteiligungsmanagement zu verankern. Der Betrieb kommunaler Kliniken ist keine ökonomisch orientierte Beteiligung, sondern eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge.

(3) Fachaufsicht und fachliche Steuerung, egal unter welchem Namen, muss man wollen. Sie ist Ausdruck des politischen Gestaltungsauftrags. Den Ausführungen des Gutachters Walter Popp vor dem Ausschuss wird hierzu vollständig gefolgt:

„Ich meine, da müssen Sie einmal Ihr politisches Selbstverständnis hinterfragen. Ich meine, Sie sind ja nicht hier, um bestehende Gesetze umzusetzen, sondern ich habe es immer so verstanden, dass Politiker ein Gestaltungsverständnis haben, um die Situation zu verbessern und für die Bürgerinnen und Bürger etwas besser zu machen. Dann kann ich doch nicht hingehen und sagen, ich werde jetzt gewählt, und in den vier Jahren, für die ich gewählt bin, wende ich nur die Gesetze an, die meine Vorgänger gemacht haben, und ansonsten kümmere ich mich um nichts.“[537]

2.2.3. Stärkung der parlamentarischen Aufsicht

(1) Die Empfehlungen des Mehrheitsberichts zur **verstärkten Befassung und Einbindung der Deputation** für Gesundheit werden geteilt.

(2) Die Frage, in welcher **Form** die parlamentarische Befassung mit der Entwicklung der kommunalen Kliniken am besten vorgenommen werden kann (Deputation, Krankenhaus-Ausschuss, Gesundheitsausschuss), lag jenseits des Untersuchungsauftrags des

[537] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4710

Untersuchungsausschusses. Sie sollte vom Parlament eigenständig befasst und diskutiert werden.

2.3. Verantwortliche und kooperative Strukturen

(1) Die Einrichtung **standortübergreifender Zentren** als Organisationseinheit mit Budget- und Personalverantwortung hat sich als ungeeignet erwiesen und ist **aufzugeben**. Dies spricht nicht gegen fachliche Zusammenarbeit zwischen gleichartigen Abteilungen an verschiedenen Standorten. Die Einheit von fachlicher, personeller, organisatorischer und ökonomischer Verantwortung am jeweiligen Standort ist aber die unverzichtbare Grundlage für eine verantwortliche und qualitativ hochwertige Krankenhausentwicklung. Der Empfehlung III:1 des Mehrheitsberichts, nach der das Eltern-Kind-Zentrum in Mitte wieder als „standortübergreifendes Zentrum“ konstruiert werden soll, wird ausdrücklich **widersprochen**.

(2) Genuine Verantwortungen der Kliniken, des Klinikverbunds, des Ressorts und des Senats dürfen **nicht an private Wirtschaftsberatungen ausgelagert** werden. Dazu gehören insbesondere Personalbedarfsplanung, Strukturentscheidungen der medizinischen Versorgung und andere Grundsatzfragen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge,

(3) **Grundregeln** für die Einschaltung externer Beratung sind: a) es werden klare Fragen formuliert; b) die Gutachten und die zugrundeliegenden Aufträge sind den Betriebsräten, dem Parlament und möglichst auch der Öffentlichkeit vollständig zugänglich; c) es werden zweite Meinungen eingeholt; d) Fragen der fachlichen Steuerung werden nicht von Wirtschaftsberatungen beantwortet, sondern von Fachorganisationen.

2.4. Förderung einer demokratischen Unternehmenskultur

(1) Die Informations- und Mitwirkungsrechte von **Beschäftigten und Patienten** und ihren jeweiligen selbstorganisierten Vertretungen und Organisationen sind umfassend zu stärken. Betriebliche Mitbestimmung setzt gleichberechtigten Zugang zu allen Informationen der Geschäftsführungen voraus. Mitwirkung von Beschäftigten und von Patienten beruht auf verfassten Rechten und Zugang zu Entscheidungsverfahren. Anonyme Zettelkästen („CIRS“) können dies nicht ersetzen.

(2) Eine **mitarbeiterorientierte und kooperative Betriebskultur** ist nicht mit befristeten, schnell wechselnden und zeitlich überlasteten **Arbeitsverhältnissen** vereinbar. Die Spaltung in umworbene SpezialistInnen und Prekär-Nachgeordnete, die inzwischen bis in die ärztliche Berufsgruppe hineinreicht, ist zu überwinden.

(3) Das **Landesgleichstellungsgesetz** ist auch in den kommunalen Kliniken (wie auch im Gesundheitsamt und in der senatorischen Behörde) konsequent anzuwenden. Patriarchale Leitkulturen, ‚Macher‘- und ‚Basta‘-Haltungen, das Durchstellen von Entscheidungen etc. behindern eine kommunikative Betriebskultur und führen zu falschen Entscheidungen, die sich lange Zeit gegen alle Fakten selbst bestätigen.

(4) Die Forderung des Mehrheitsberichts, dass alle MitarbeiterInnen „unabhängig von Stellung und Funktion“ Mängel melden können müssen, „ohne berufliche Nachteile befürchten zu müssen“, ist lobenswert, aber hilflos. Erforderlich ist, dass **berufliche**

Abhängigkeiten, ‚Korpsgeist’ und persönliche Hierarchiepositionen aufgebrochen werden.

(5) Die **soziale Hierarchie** zwischen Berufsgruppen und Dienstarten muss durch Teamstrukturen und aktive Einbeziehung überwunden werden. Moderne Medizin ist eine umfassende Aufgabe, an der alle im Krankenhaus Arbeitenden mit verschiedenen Verantwortungen und auf Augenhöhe teilnehmen.

3. Konsequenzen auf Bundesebene

3.1. Verbindliche Personalstandards in der Krankenhauspflege

(1) Die Forderung des Mehrheitsberichts nach **verbindlichen Personalstandards** in der Krankenhauspflege, „um einen ruinösen Wettbewerb auf Kosten der Beschäftigten und Patienten zu verhindern“, wird ausdrücklich **geteilt** und unterstützt.

(2) Der Senat ist aufgefordert, sich für eine Erarbeitung von Pflegeschlüsseln einzusetzen, bei der Pflegewissenschaft, Fachgesellschaften, Gewerkschaften und Berufsverbände sowie unabhängige Patientenvertretungen maßgeblich mit einbezogen sind.

3.2. Ausfinanzierung der Krankenhaus-Leistungen

(1) Die Forderung nach einer **vollständigen Ausfinanzierung der Krankenhausleistungen**, mit voller Berücksichtigung der realen Preissteigerungen und der steigenden Anforderungen durch den Stand der medizinischen Wissenschaft, wird ausdrücklich geteilt.

(2) Die Finanzierung der Krankenhausleistungen muss auf der **Grundlage tariflicher Bezahlung** aller im Krankenhaus Arbeitenden kalkuliert sein.

(3) Personelle und sachliche Aufwendungen für die **Krankenhaus-Hygiene**, einschließlich ihrer Organisationsstrukturen, müssen abgegolten werden, z.B. durch krankenhausbezogene Sockelbeträge.

3.3. Begrenzung des Wettbewerbsdrucks auf Krankenhäuser

(1) Dem **Wettbewerbsdruck** auf die Krankenhäuser müssen **Grenzen** gezogen werden. Tarifflucht, Auslagerung, ‚Sparen‘ bei der Krankenhaushygiene, personelle Unterbesetzung etc. müssen entweder durch Regulierung unterbunden oder durch Abzüge bestraft werden.

(2) Für die Gesundheitsversorgung **notwendige und sinnvolle Strukturentscheidungen**, etwa bei der Aufrechterhaltung von Standorten und medizinischen Angeboten, müssen möglich und **finanzierbar** bleiben.

3.4. Stärkung der Kommunal- und Länderfinanzen

(1) Eine **Stärkung der Kommunal- und Länderfinanzen** ist notwendige Voraussetzung dafür, dass Kommunen und Bundesländer ihre Aufgaben in der öffentlichen Gesundheitsversorgung angemessen wahrnehmen. Die Unterfinanzierung der Kommunen, die finanzielle Überlastung der Länder und die chronische Unterfinanzierung

der Stadtstaaten tragen wesentlich dazu bei, dass die öffentliche Daseinsvorsorge schlechter wird. Die gesetzliche Verantwortung der Länder für die Krankenhaus-Investitionen muss auch durch eine ausreichende Ausstattung der Länderhaushalte und eine bundesweite Lösung für deren Überschuldung gestützt werden.

(2) Die Frage, ob eine monistische **Krankenhausfinanzierung** sinnvoller ist als die bestehende duale Finanzierung, ist eigenständig zu entscheiden und kann nicht nur aus der aktuellen Finanznot der Länder und Kommunen abgeleitet werden.

VI. Schlussbemerkung

Die Untersuchungen des Ausschusses haben lange gedauert. Sie hatten ein Ziel, das nicht vergessen werden darf: Vermeidbare Erkrankungen, vermeidbare Todesfälle von Frühgeborenen in Zukunft zu verhindern. Kinder, die zusammen mit ihren Eltern und zusammen mit Pflegekräften und ÄrztInnen kämpfen und es doch nicht schaffen. Wie jenes Kind, von dem der Pflegebericht vermerkt „4 Stunden Kängurupflege taten dem Kind richtig gut“ und das dann doch stirbt, vielleicht an der Hirnblutung, vielleicht an der Infektion mit dem Ausbruchskeim, ohne dass man es je wissen wird, weil mögliche Belege nicht gesichert wurden. Kinder, die – und an diesem Eindruck kam niemand im Ausschuss vorbei – es in einigen Fällen auch deshalb nicht schafften, weil die Voraussetzungen nicht so waren, wie sie hätten sein müssen. Weil zu wenig da war: zu wenig Personal, zu wenig Zeit, zu wenig Teamarbeit, zu wenig Ernstnehmen von Hygiene und von medizinischen Problemen, die man nicht operieren kann, sondern die man durch ein gutes und aufwändiges System vermeiden muss: Krankenhausinfektionen.

Für die Krankenhäuser, die Gesundheitsleistungen produzieren, ist Gesundheit zu einer Ware geworden. Sie konkurrieren bei Strafe des Untergangs auf einem Markt, der Preise festsetzt, aber Qualität nicht kontrolliert. Sie versuchen so viele Patienten mit so komplizierten Diagnosen wie möglich einzuwerben, die sie so kostengünstig wie möglich behandeln und betreuen, um mit der Summe der Einzelprofite die Kosten zu decken, die niemand bezahlt: Unbelegte Betten, Vorhalten von Personal, Instandhaltung – und immer öfter auch die Investitionskosten, aus denen sich Länder und Kommunen immer mehr zurückziehen, weil sie selbst pleite sind.

Für diejenigen, die Gesundheitsleistungen brauchen – also wir alle – ist Gesundheit keine Ware und darf sie keine sein.

Nach dem Tod des kleinen Kevin, der 2006 den Untersuchungsausschuss „Kindeswohl“ auslöste, äußerte Senatspräsident Jens Böhrnsen in einem Interview: „Die Sicherheit der Kinder geht vor. Notfalls bauen wir eben eine Straße weniger.“ Zu den Kindern, die in einem kommunalen Krankenhaus an Krankenhauskeimen starben, hat man nichts dergleichen gehört. Heute müsste der Satz heißen: „Die Sicherheit der Patienten geht vor. Notfalls kommen wir mit der Schuldenbremse nicht hin.“ Aber er kommt nicht. Die Zeiten sind härter geworden.

Viele haben nichts gesagt vor dem Ausschuss. Aber viele haben sich vorher getraut, etwas zu sagen. Wie jene Pflegekraft, die in einer Überlastungsanzeige schreibt: „Die ‚Pflege‘ die momentan durchgeführt wird in diesem Haus, ist meiner Meinung nach verantwortungslos. Ich gehe hier mit keinem ruhigen Gewissen nach Hause.“ Die Probleme wurden nicht schweigend hingenommen. Aber die, die Macht gehabt hätten sie anzugehen, hatten nicht den Mut.

Einiges hat sich geändert. Die Frage ist, ob nach dem Untersuchungsausschuss dieselben Fehler weitergemacht werden, nur ‚vorsichtiger‘. Das wird nicht reichen. Ein radikales Umdenken, was öffentliche Gesundheitsversorgung betrifft, ist überfällig.

Fraktion in der
Bremischen Bürgerschaft

Tiefer 8, 28195 Bremen
Tel.: 0421 / 20 52 97-0, Fax.: 0421 / 20 52 97-10
E-Mail: mail@linksfraktion-bremen.de
Web: www.linksfraktion-bremen.de
Redaktion: Claudia Bernhard , Dr. Christoph Spehr
V.i.S.d.P.: Michael Horn